

TESIS DOCTORAL

ACCESO DE LAS PERSONAS MIGRANTES A LA ATENCIÓN SANITARIA EN ANDALUCÍA

Ainhoa Ruiz Azarola

ACCESO DE LAS PERSONAS MIGRANTES A LA ATENCIÓN SANITARIA EN ANDALUCÍA

por Ainhoa Ruiz Azarola

Tesis doctoral para optar al grado de
Doctora por la Universidad de Sevilla

Directores/as

María J. Escudero Carretero
Joan Carles March Cerdà

Programa de Doctorado

Programa Interuniversitario en Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD DE SEVILLA, UNIVERSIDAD DE JAÉN Y ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
2018

Diseño y maquetación: Xabier Molinet Medina (cargocollective.com/xabimolinet)

Impreso en España



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



ACCESO DE LAS PERSONAS MIGRANTES A LA ATENCIÓN SANITARIA EN ANDALUCÍA

Paisajes, horizontes, rutas, relatos
y cruces de caminos

Ainhoa Ruiz Azarola

La doctoranda Ainhoa Ruiz Azarola, la directora María J. Escudero Carretero y el director Joan Carles March Cerdá de la tesis "Acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria en Andalucía" garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de la directora y el director de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, septiembre de 2018



María J. Escudero Carretero



Joan Carles March Cerdá



Ainhoa Ruiz Azarola

Gracias...

A mi familia, la pequeña y la extensa, por ser mi [paisaje](#);

A June, mi [horizonte](#);

A los diferentes [lugares](#) de los que tanto he aprendido,
en lo personal y en lo profesional;

A las personas que me han regalado las vivencias de su [ruta](#);

Y a quienes, por fortuna, se han [cruzado en mi camino](#),
entre otros, Luis Andrés, Joan y María.

Eskerrik asko bihotzez

“

Verde, un mundo verde, zumbido de mosquitos, gritos de cacatúas, murmullo de juncos en la brisa, fragancia pegajosa de frutas maduras, de humo de leña y de café tostado, humedad caliente en la piel y en los sueños, así recordaba Evelyn Ortega su pequeña aldea, Monja Blanca del Valle. Colores ardientes en los muros pintados, los telares de su gente, la flora y las aves, color y más color, el arco iris completo y más. Y en todas partes, en todo momento, su abuela omnipresente, su mamita.

”

Isabel Allende (Más allá del invierno)

Presentación

La tesis que se presenta a continuación, bajo el título de “Acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria en Andalucía”, tiene como finalidad conocer el acceso que tienen las personas de origen boliviano, marroquí y rumano a la atención sanitaria en Andalucía, desde la perspectiva tanto de las políticas sanitarias como la de las propias personas migrantes. Para ello, se han tenido en cuenta los marcos de derechos humanos y la salud pública, así como el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

12

Desde hace 15 años trabajo en la Escuela Andaluza de Salud Pública y desde hace un poco más de 10 trabajo en proyectos que estudian la relación entre las migraciones y la salud de las personas migrantes. Estos últimos 10 años también han tenido un protagonista indiscutible: la crisis económica y financiera mundial, la crisis del “estado de bienestar”, la crisis social y de valores. En el caso concreto de España, y en concreto de la Comunidad Autónoma Andaluza, esta crisis ha tenido una incidencia importantísima en el ámbito laboral, económico y social de gran parte de la población, y aún más en aquella que ya partía de situaciones de especial vulnerabilidad. En este marco de recortes económicos y políticas de austeridad, bien a través de la reducción de personal y/o de servicios, de la reducción del gasto sanitario per cápita o de medidas de reducción de cobertura sanitaria, han incidido de forma importante en el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes.

En paralelo al comienzo de mi incursión en este tema, la Organización Mundial de la salud, en su 61ª Asamblea mundial(1), establecía la salud de las personas migrantes como una de sus prioridades. Para la OMS, el enfoque de Salud Pública en la atención a la salud de las personas migrantes, basada en un enfoque de salud basado en la población, se basa en cuatro principios básicos: el primero de los principios es evitar desigualdades entre los migrantes y la población de acogida en cuanto a la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud, el segundo garantizar los derechos sanitarios de las personas migrantes, para lo cual hay que limitar la discriminación o estigmatización y suprimir los obstáculos que impiden el acceso de las personas migrantes a las intervenciones preventivas y curativas. El tercer principio se basa en establecer intervenciones que salven vidas para reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, asociadas con las migraciones originadas por desastres o conflictos y por último, el cuarto, minimizar las consecuencias negativas del proceso migratorio en los resultados sanitarios de las personas migrantes.

Los movimiento demográficos, y en concreto las migraciones, es un tema recurrente y de actualidad permanente. Las migraciones forzadas, en las que se encuentran aquellas cuya causa es económica o de pobreza, conflictos bélicos, persecuciones, violación de derechos humanos o desastres naturales, son las más numerosas. En la actualidad, y según

datos de ACNUR(2), hay 68,5 millones de personas desplazadas de manera forzosa. En los últimos años, Europa es protagonista de una de los movimientos migratorios más importantes de la historia, con una afluencia de personas en búsqueda de refugio y de protección internacional, con un pico importante en el año 2015 y en constante aumento. España ha sido y es un país de importantes movimientos migratorios, tanto interiores como exteriores. La migración económica exterior ha marcado las tendencias económicas del país, con una emigración importante de españoles tanto a Europa como a América durante la postguerra española como con una inmigración en épocas de bonanza económica, dotando de un significativo número de trabajadores/as migrantes trabajadores/as a la construcción durante el boom inmobiliario, como mano de obra barata en la agricultura masiva o en el ámbito del cuidado doméstico. Desde al año 2008, España ha sufrido una importante crisis económica, y los movimientos migratorios llegaron a tener un saldo negativo, es decir, salían más personas de las que entraban. No obstante, en los últimos 2-3 años, no hay día que no escuchemos o leamos la llegada de pateras a las costas del sur de España. La migración es noticia todos los días. En este contexto, se hace especialmente necesario que desde la salud pública se reflexione y trabaje en la adecuación de los sistemas y servicios de salud, que permitan y garanticen el derecho de las personas migrantes a gozar de una buena salud. Y para ello es esencial pensar en su acceso a la atención sanitaria.

Mi área de interés tanto profesional como personal estos últimos años ha girado siempre en torno a la salud de las personas que se encuentran en alguna situación de vulnerabilidad social. La razón de ello es, fundamentalmente, por mi preocupación personal por la vulneración de los derechos humanos. Desde mi punto de vista, el marco de derechos humanos es esencial en el estudio de la salud y de las condiciones de vida que permiten el máximo disfrute de la misma a todas las personas. La Declaración Universal de Derechos Humanos(3), adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, proclama la "igualdad en dignidad y derechos para todas las personas" (artículo 1), al igual que el "derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (artículo 25).

La definición de vulnerabilidad social del Instituto Nacional de Salud Pública mejicano recoge todo aquello que me ha guiado al estudio de esta tesis: "La vulnerabilidad social en salud expresa las desigualdades sociales de distintos grupos poblacionales, por lo que no corresponde a una condición natural ni predefinida. Los denominados "grupos vulnerables" no son vulnerables per se: son las condiciones sociales en que viven los indígenas, migrantes, mujeres, niños, ancianos, jóvenes y otros grupos, las que definen su condición de vulnerabilidad. La comprensión integral de tales desigualdades puede

abordarse desde el marco de determinantes sociales de la salud, que es un enfoque innovador y relevante para el estudio de la vulnerabilidad". Aquí se expresa el enfoque de determinantes sociales de la salud, que es el tercer eje de mi estudio, en tanto en cuanto considero que tanto la situación socioeconómica, tanto propia como del contexto, así como la organización y funcionamiento de los sistemas y servicios de salud, contribuirán a la manera en la cual las personas acceden a los servicios de salud y tienen la posibilidad de tener una vida más saludable.

El porqué de la elección del acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria como objeto de estudio, es precisamente su situación de vulnerabilidad. Me parece relevante conocer cómo un grupo humano puede tener condiciones de vida diferentes por el simple hecho de vivir en un lugar en el que no han nacido, o al que han tenido que desplazarse de una manera forzosa. Ya es preocupante y significativo que tanto los derechos humanos, teóricamente universales, y los determinantes sociales, sean tan inestables o se tambaleen precisamente por la circunstancia de nacer y/o ubicarse en un lugar u otro del planeta. Por todo ello, y teniendo en cuenta el marco de los derechos humanos, el marco de la salud pública, el enfoque de los determinantes sociales de la salud y el momento de recesión político-económica, mi propósito con esta tesis ha sido acercarme a las personas migrantes y tratar de conocer y comprender su situación de salud y atención sanitaria a través del estudio de su acceso a la atención sanitaria.

La perspectiva elegida para este estudio ha sido conocer esta realidad desde el punto de vista de las políticas, la situación socioeconómica de la última década y las opiniones y discursos de las propias personas migrantes. Tanto la salud pública como las ciencias sociales y biomédicas han estudiado la salud de las personas migrantes desde la perspectiva de las organizaciones o los y las profesionales de la salud. Hay una vasta literatura científica sobre la incidencia epidemiológica de su salud y enfermedad, su patrón de uso de los servicios sanitarios o la relación entre sus condiciones administrativas o vitales y su salud, todo ello desde estudios descriptivos. Sin embargo, no hay muchos estudios que recojan las experiencias y conocimientos de las propias personas migrantes, de cómo acceden realmente a los servicios sanitarios, de cuáles son sus barreras y facilitadores, y de cuáles es el uso que hacen y las razones que les llevan a ello. Desde mi punto de vista, y desde mi experiencia en trabajar en el tema de la participación ciudadana en salud(4), es sumamente importante considerar la perspectiva de la ciudadanía y personas usuarias en la planificación de políticas y estrategias que rigen la organización de los sistemas y servicios de salud.

La población elegida como informantes han sido personas de origen marroquí, rumano y boliviano que residen en Andalucía. Al inicio del estudio de campo, estas nacionalidades eran de las más numerosas en la Comunidad Autónoma de Andalucía. El trabajo de

campo ha sido rico y sumamente interesante, y me ha permitido conocer personas de las tres nacionalidades y observar y comprender las diferentes vivencias y opiniones acerca del acceso que tiene a la atención a su salud.

La primera fase de la tesis se enmarca en un proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto Carlos III, en el que se estudiaba “El acceso a la atención en salud adecuada de la población inmigrante desde el punto de vista de las políticas y agentes implicados”, de forma coordinada entre Andalucía y Cataluña. Este proyecto tenía como Investigadores principales a Luis Andrés López Fernández en Andalucía y M^a Luisa Vázquez Navarrete en Cataluña. De este proyecto nacen los objetivos 1 y 2 de la tesis.

A continuación voy a describir los capítulos que componen esta tesis y los objetivos correspondientes a los que se da respuesta.

El primer capítulo corresponde al marco teórico, en el que se realiza una contextualización social, política y económica de la última década en el contexto español y andaluz. Además de ello, se presenta el marco teórico y conceptual, y el estado de la cuestión.

El capítulo 2 corresponde al **objetivo 1**, donde se analizan los elementos de las políticas sanitarias dirigidas a la población migrante en el contexto español y andaluz y que influyen en el acceso de esta población a los servicios sanitarios. La búsqueda bibliográfica para esta revisión ha sido actualizada los años 2014, 2016 y 2018.

El capítulo 3 corresponde al trabajo de campo realizado entre los años 2009 y 2018, y que corresponde a los **objetivos 2, 3 y 4**. Este capítulo comienza con la fundamentación sobre la perspectiva de las personas usuarias y presenta los resultados de dichos objetivos:

El **objetivo 2** trata de examinar las características de los servicios sanitarios y de la población migrante que influyen en el acceso a la atención en salud, teniendo en cuenta cobertura sanitaria, información del sistema, la oferta de servicios y sistemas de información, el momento en el que se encuentran las personas participantes, años 2009 y 2010 y las diferentes nacionalidades.

El **objetivo 3** evalúa la percepción del impacto que tiene el Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes y el conjunto de medidas de ajuste implantadas entre mayo y agosto de 2012, en las condiciones que influyen en el acceso a la atención sanitaria que recibe la población migrante, comparando antes y después de la aplicación del mismo, con el objetivo de contribuir al diseño de un modelo de intervención social. Para ello, este objetivo se desglosa en 2 objetivos específicos: el **objetivo específico 3.1.** analiza los cambios en la percepción del acceso a la atención sanitaria después de la aplicación del

RDL 16/2012 y el conjunto de medidas de ajuste implantadas entre mayo y agosto de 2012 desde el punto de vista de las personas migrantes. Y el **objetivo específico 3.2.** compara la percepción actual de los agentes principales con los resultados obtenidos en primera fase del proyecto, realizado entre 2009 y 2010.

16 | Para cerrar este capítulo, con el **objetivo 4** se pretende conocer la situación actual, entre los años 2017 y 2018, de las personas migrantes y su acceso a la atención sanitaria en Andalucía, analizando las características de acceso al sistema, a los servicios sanitarios y aquellas características de la población migrante que influyen en el acceso y validar con las personas entrevistadas los resultados obtenidos en las dos fases anteriores del estudio. Para ello, el **objetivo específico 4.1.** busca conocer la situación actual y compararla con los resultados obtenidos en las dos fases de estudio anteriores y el **objetivo específico 4.2.** identifica los cambios que han podido ocurrir en los últimos años desde la perspectiva de las personas migrantes. Por último el **objetivo específico 4.3.** elaboración de recomendaciones para la mejora del acceso desde la perspectiva de la población migrante a los servicios de salud del Sistema Público, en base a los resultados globales de la tesis y en su experiencia durante estos años en Andalucía.

En el capítulo 4, se realiza la discusión de todos los resultados del estudio con la literatura científica.

Por último, **el capítulo 5** expone las conclusiones de esta tesis y las recomendaciones extraídas de las mismas, y cerramos el documento con las referencias bibliográficas empleadas y los anexos.

Capítulo

1



LOS PAISAJES:

CONTEXTO,
MARCO
TEÓRICO, CONCEPTUAL
Y ANTECEDENTES

I. INTRODUCCIÓN	23
1.1. Marco conceptual y perfil demográfico	25
1.2. Ciclos migratorios en el contexto español y andaluz	46
2. Datos sobre el contexto social de las personas migrantes a su llegada	51
2.1. Población migrante en situación regular	53
2.2. Población migrante en situación irregular	57
2.3. Situación laboral de las personas migrantes en el contexto español y andaluz	61
3. Contexto político-económico.	73
3.1. El gasto en sanidad	82
4. Respuesta del gobierno andaluz y tejido asociativo durante el periodo del trabajo de campo 2008-2017.	91
5. Sistemas sanitarios	95
6. Preguntas o hipótesis de partida de la tesis.	101
7. Estado de situación	102
8. Modelo teórico Aday y Andersen. Adaptación.	106

I Introducción

La migración es un fenómeno inherente a la humanidad. Sin migraciones humanas el mundo actual no existiría. El desarrollo de la humanidad y su contexto desde el punto de vista social, cultural, político, económico y medioambiental ha transcurrido mientras las personas se han movido de un lugar a otro.

Las primeras sociedades o grupos humanos, migraban en busca de las necesidades más básicas, como la comida o el calor. Las personas muestran su parte más instintiva cuando migran, y buscan desplazarse a otros lugares en busca de condiciones de vidas mejores, más adaptadas a sus necesidades y más afines a su capacidad de supervivencia. Las causas o razones por las que se migra no son siempre voluntarias o elegidas. La prosperidad económica y vital, el amor, el retorno voluntario o la reunión con la familia pueden ser causas positivas para migrar, sin embargo, también figuran la huida de conflictos humanitarios, bélicos o de vulneración de los derechos humanos, las catástrofes naturales o la falta de un futuro de bienestar como causas no elegidas de migración.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 13, “Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado”; y “Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país” (3). Como éste, todo el resto de artículos de la Declaración, versan sobre la dignidad de la persona, su legitimidad para disfrutar de una vida justa y plena en igualdad de derechos, sin diferencia de nacionalidad, etnia, religión, género, orientación sexual, etc.

Ya en el siglo XXI, conocemos que esta condición de derecho es una condición humana privilegiada, y desgraciadamente, la disfruta una mínima parte de la población mundial. Sabemos que los derechos humanos no son una condición intrínseca o inherente al ser humano, es una condición determinada por sus condiciones sociales, por su contexto y por su lugar de origen y/o nacimiento. Es por ello, que el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (4) tiene una trascendencia capital en el estudio de las condiciones de vida de las personas, y en concreto, en el caso que nos ocupa, en el ámbito de la salud.

Las migraciones y la salud de las personas han sido objeto de reflexión por parte de la ciencia y la filosofía desde hace siglos, el estudio del reconocimiento del otro, el racismo y la xenofobia, la multiculturalidad y la interculturalidad, la biopolítica, el exilio, la búsqueda o necesidad de protección internacional y un largo etcétera de causas. Estos estudios y reflexiones no han hecho más que poner los cimientos de investigaciones de las ciencias sociales y biomédicas, entre otras disciplinas. Por poner un ejemplo de referencia, en Pubmed, el buscador de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. (5), de referencia mundial, los primeros artículos científicos indexados bajo los descriptores de salud y

migración comienzan en los años 70, ya entonces con una treintena de publicaciones. Hoy día, anualmente se superan las 26.000 publicaciones, lo que demuestra que el interés científico y social por estas temáticas se ha multiplicado exponencialmente.

La relación entre la migración o el fenómeno migratorio y la salud es un tema importante a tener en cuenta en la Salud Pública. Los diferentes momentos por los que transcurre una persona que migra, y la repercusión que tiene cada momento en su salud, son temas que se han considerado de vital importancia cuando se realizan estudios sobre la salud de las personas migrantes o se diseñan y planifican estrategias y políticas de salud. O así lo consideramos las personas que realizamos investigación en este campo. Es esencial considerar que la migración conlleva sentimientos y emociones profundas, cambios en el entorno físico, en la migración hay despedidas, acogidas, cambio de contexto social y cultural, procesos administrativos que no siempre resultan fáciles, cambio de idioma, situaciones laborales diferentes, adaptación y escolarización de menores, y un largo etcétera de situaciones que, habitualmente, suelen ser fuente de estrés y preocupación incluso para las personas autóctonas de un país. Todo ello responde a la importancia de los determinantes sociales de la salud.

Dentro de los determinantes de la salud, los sistemas sanitarios, sus servicios de atención a la salud y el acceso a los mismos son analizados con más profundidad en esta investigación. El acceso, en esta tesis, se equipara no solo a la entrada al sistema de salud y a los servicios, sino también a la utilización de los mismos. Este enfoque se corresponde con el análisis de los determinantes de la utilización de servicios. Por ello, el marco teórico y de análisis elegido ha sido el formulado por Aday y Andersen(6) , en el que se diferencia entre acceso potencial –factores que determinan el uso de los servicios- y acceso real –utilización efectiva de los servicios de salud. Una adaptación de este modelo me ha permitido el análisis los diferentes factores que influyen en el acceso adecuado. Por un lado, las características de la demanda que predisponen al uso de servicios de salud (sociodemográficas, creencias, actitudes, etc.), que capacitan (renta, tipo de aseguramiento) y las necesidades de atención; por otro lado las características de la oferta, referidas a la disponibilidad de recursos y la manera en que se organizan; y por último las políticas de salud, consideradas un determinante poderoso del uso de servicios al incidir en la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios de salud, la financiación, o programas dirigidos a características susceptibles de ser modificadas de la población como la cobertura de aseguramiento, educación, información sobre los servicios, etc.

A continuación, en esta introducción, se describen y analizan los elementos que consideramos más relevantes para el estudio del acceso sanitario de las personas migrantes en nuestro contexto, con la finalidad de construir el marco teórico del trabajo de tesis.

En primer lugar, se caracteriza el fenómeno migratorio a través de datos demográficos de nuestro contexto, así como desde la descripción de los ciclos migratorios en el

contexto español y andaluz. Dada su relevancia para la comprensión del objeto de estudio, se ha considerado muy relevante también contextualizar la situación social de las personas migrantes en España y Andalucía. Los años en los que se ha realizado esta tesis se enmarcan dentro de la llamada crisis económica financiera mundial, y ello se describe en el apartado de contexto político-económico, haciendo un especial énfasis en el gasto en el sistema sanitario público.

A continuación, se describen el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Sanitario Público de Andalucía para conocer el entorno de la atención a la salud que se estudia en esta tesis.

La crisis económica y financiera ha propiciado también una crisis social, por ello se hace hincapié en esta introducción a la respuesta que da el gobierno andaluz y tejido asociativo, en relación a nuestro objeto de estudio, durante el periodo del trabajo de campo 2008-2017. Por último, y para terminar la introducción y el marco de la tesis, se expone la adaptación del modelo teórico que sustenta el estudio y el estado de situación del acceso sanitario de las personas migrantes según la literatura, el modelo de Aday y Anderson.

1.1 Marco conceptual y perfil demográfico

Los datos demográficos son importantes tanto por el número de personas extranjeras que residen en un contexto geográfico concreto, como por la evolución que ha podido tener este fenómeno y la respuesta que se da en términos de equiparar los derechos de estas personas a las personas autóctonas de ese determinado contexto.

Dentro de los movimientos demográficos más importantes está la migración humana. La migración humana se refiere a los movimientos de las poblaciones de seres humanos, estos movimientos pueden ser todos aquellos desplazamientos que se realizan sin una finalidad de cambio de residencia de quienes los realizan o bien con un objetivo claro de establecerse en otro lugar:

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Unión Europea (UE) define a las personas migrantes (internacionales) como residentes 'nacidos/as en el extranjero' (es decir, una persona nacida fuera del país en el que vive). No obstante, más adelante se introducirá la definición de "inmigrante" del Instituto Nacional de Estadística (INE), fuente importante de la descripción demográfica.

Tanto para el estudio como para la redacción de esta tesis, el concepto elegido para designar a las personas que conforman la población de estudio ha sido las personas migrantes y para ello nos hemos basado en los siguientes criterios:

- Aparece en glosarios de referencia en nuestro contexto, como el Glosario sobre Migración de la Organización Internacional de Migraciones (7) como en el Glosario sobre Migración y Asilo 2.0, de la Red Europea de Migraciones (8) y el Glosario del portal Unión Europea (9).
- Consideramos el concepto migrante un concepto más inclusivo que excluyente.
- Es un concepto que es empleado en la literatura de referencia revisada más actual.
- Por último, está relacionado con una concepción de la migración como un hecho del cual las personas migrantes son sus protagonistas. Moverse o migrar de un país al otro es una acción, y por lo tanto, es circunstancial el hecho de nacer en un país, y que se pueda vivir en más de uno. Cuando se reclama la cobertura universal de los sistemas sanitarios, el acceso sanitario para las personas migrantes como un derecho humano, y la salud como un derecho fundamental, desde nuestro punto de vista, es ahí donde cabe la reivindicación del concepto migrante. El concepto migrante incluye a las personas que emigran y que inmigran, sin establecer ninguna diferencia significativa entre ambos actos. No lo consideramos necesario. Es por ello, que en la adaptación del modelo que hacemos de Aday y Andersen hayamos nominado los factores relativos a las personas migrantes como aquellos que están relacionados con la condición de migrante, y no con su persona o características individuales, que son especiales, en tanto en cuanto consideramos la diversidad entre las personas, pero no las etiquetas o los prejuicios.

Otros términos que aparecen a lo largo de este estudio, o que han sido fundamentales para el desarrollo del mismo, se han consultado en los tres glosarios anteriormente citados. En el anexo I presentamos los términos y su definición, tal y como aparece de forma literal, con la finalidad de aclarar los términos y facilitar la lectura del documento.

Otro elemento importante a considerar son las causas para migrar. Estas pueden ser diversas y han de tenerse en cuenta. Entre ellas encontramos:

- **Causas políticas:** derivadas de las crisis políticas que suelen presentarse en ciertos países.
- **Causas culturales:** La base cultural de una población determinada es un factor muy importante a la hora de decidir a qué país o lugar se va a migrar. La cultura (religión, idioma, tradiciones, costumbres, etc.) tiene mucho peso en la decisión de quedarse en un país o migrar de éste, y en la elección del país de destino.
- **Causas socio-económicas:** Son las causas fundamentales en cualquier proceso migratorio. De hecho, existe una relación directa entre desarrollo socioeconómico y

la migración y, por ende, entre subdesarrollo y migración. La mayor parte de quienes migran lo hacen por motivos económicos, buscando un mejor nivel de vida, mejores condiciones de trabajo y remuneración, o en casos más críticos, el acceso a un empleo.

- **Causas familiares:** Los vínculos familiares también resultan un factor importante en la decisión de migrar; sobre todo, en los tiempos más recientes, en los que cualquier migrante de algún país subdesarrollado, necesita de mucha ayuda para establecerse en otro país de mayor desarrollo económico.
- **Causas bélicas y otros conflictos internacionales:** Constituyen una fuente importante de migraciones forzadas, que han dado origen a desplazamientos masivos de la población, huyendo del exterminio o de la persecución del país o ejército vencedor. Los últimos años hemos asistido a un fenómeno migratorio muy importante de personas solicitantes de asilo y refugio y protección internacional.
- **Catástrofes naturales y sociales asociadas:** Los efectos de grandes terremotos, inundaciones, sequías prolongadas, ciclones, tsunamis, epidemias y otras catástrofes tanto naturales como sociales (o una combinación de ambas, que es mucho más frecuente) han ocasionado grandes desplazamientos de seres humanos (también podríamos considerarlos como migraciones forzadas) durante todas las épocas, pero que se han venido agravando en los últimos tiempos por el crecimiento de la población y la ocupación de áreas de mayor riesgo de ocurrencia de esas catástrofes. Aquí se podrían incluir conflictos entre personas que se dan por la falta de abastecimiento de alimentación y recursos vitales básicos.
- Puede haber también **otro conjunto de causas** como pueden ser las razones profesionales, estudios, la búsqueda de climas y sociedades con más calidad de vida, en la edad de jubilación, personas que viajan en trayectos de larga duración etc.(10)

La variación del número de personas migrantes a lo largo de las diferentes épocas o momentos ha venido planteando nuevos retos para la prestación de servicios desde las administraciones públicas. Una de las administraciones más sensibles a estos cambios es la sanitaria. El incremento de población migrante en la primera década del siglo XXI, ha configurado una nueva realidad y la necesidad de enfrentarse a algunas características específicas diferenciales –idioma, cultura, religión – que pueden implicar nuevas demandas en el proceso de atención o la necesidad de proveer nuevos servicios.

Europa y España en particular, son contextos migratorios importantísimos. Antes del siglo XVIII, los procesos de conquista marcaron los principales flujos migratorios de Europa. Los movimientos hacia América del Sur caracterizaron los siglos precedentes y de nuevo, desde finales del siglo XVIII debido a las mejoras en los sistemas de transporte y la

colonización de América, África y Oceanía volvieron a incrementar los flujos migratorios transoceánicos.

Las Guerras mundiales y los conflictos bélicos en Europa marcaron también las migraciones, en este caso forzadas, en el siglo XX, que estuvo fuertemente marcado por las migraciones forzadas provocadas por los conflictos que asolaron Europa.

Respecto al contexto español, a partir de la década de 1950, debido al momento político y de conflicto originado por la guerra civil española, y a factores económicos, el flujo de emigración crece creando un país con saldo migratorio negativo. En las décadas de los 60 y 70, época de posguerra y consecuente hundimiento económico, se da una gran migración interna campo ciudad y externa con miles de personas migraron por razones económico-laborales a países como Francia o Alemania.

Pero, estos años, sobre todo a partir de los años 70 y siguiendo en los 80, comenzaron a llegar personas migrantes y solicitantes de refugio a España. Muchas de estas personas, que venían en busca de asilo político, procedían de dictaduras en Uruguay, Chile y Argentina. Estos años, faltos de legislación en esta materia y España sin estar adherida a la Convención de Ginebra del 1951, fueron a su vez años de retorno de españoles y españolas que habían huido al exilio. En los años 70 y 80 se comienza a legislar en esta materia, con el final de la dictadura de Franco y con la aprobación como marco legal de la Constitución Española en el 78.

En términos generales, desde entonces, finales de los 80 y durante la década de los 90, España reestructura su mercado de trabajo, comienza a crecer económicamente y entra en la Comunidad Económica Europea (CEE) en 1986. Ello atrae a una gran número de personas procedentes de otros países. Este flujo migratorio, tanto interno como externo, como veremos en adelante, ha fluctuado en las dos últimas décadas, siendo un momento importante la disminución de migración procedente del extranjero y el saldo negativo acontecidos en torno al año 2008 por el que impacto de la crisis económica.(11)

Perfil demográfico de la población general en España

Para situarnos en el contexto, en primer lugar vamos a ver una caracterización demográfica de la población residente en España, tanto autóctonos como extranjeros, y la evolución demográfica para, a continuación, describir los flujos migratorios.

Evolución de la población en España, en cifras, durante los años de estudio de esta tesis ha sido la siguiente:

Tabla 1: Perfil demográfico de la población general en España

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
1 de enero de 2008	22.591.484	23.077.454	45.668.938
1 de julio de 2008	22.756.864	23.226.305	45.983.169
1 de enero de 2009	22.880.534	23.358.736	46.239.271
1 de julio de 2009	22.934.502	23.433.048	46.367.550
1 de enero de 2010	22.982.272	23.504.349	46.486.621
1 de julio de 2010	23.008.580	23.553.902	46.562.483
1 de enero de 2011	23.049.476	23.617.698	46.667.175
1 de julio de 2011	23.073.274	23.662.983	46.736.257
1 de enero de 2012	23.099.009	23.719.207	46.818.216
1 de julio de 2012	23.055.722	23.710.682	46.766.403
1 de enero de 2013	23.017.758	23.710.132	46.727.890
1 de julio de 2013	22.933.750	23.659.486	46.593.236
1 de enero de 2014	22.877.461	23.634.738	46.512.199
1 de julio de 2014	22.840.091	23.615.032	46.455.123
1 de enero de 2015	22.826.546	23.623.019	46.449.565
1 de julio de 2015	22.800.864	23.609.285	46.410.149
1 de enero de 2016	22.807.464	23.632.635	46.440.099
1 de julio de 2016	22.805.443	23.644.996	46.450.439
1 de enero de 2017	22.834.598	23.693.425	46.528.024
1 de julio de 2017	22.838.035	23.711.009	46.549.045

Gráfico 1: Evolución de la población española 2008-2017

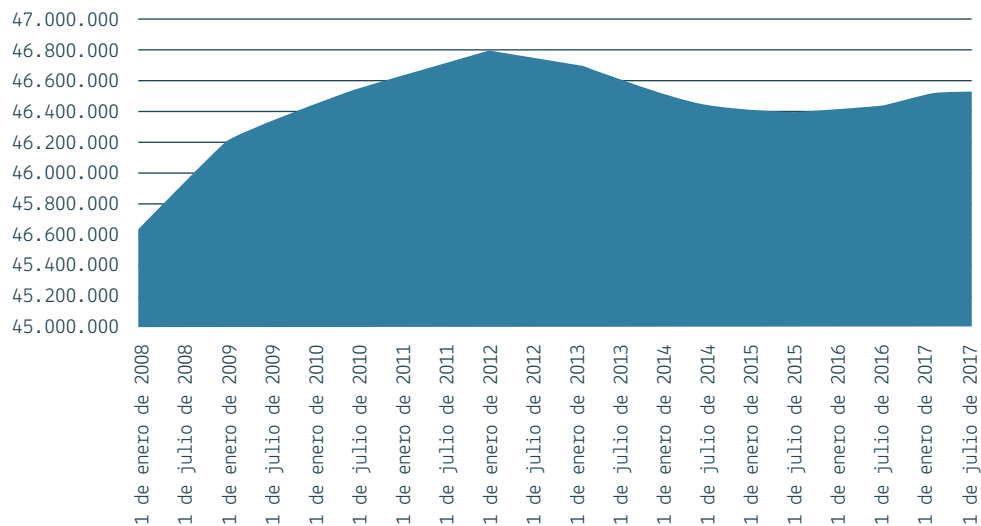
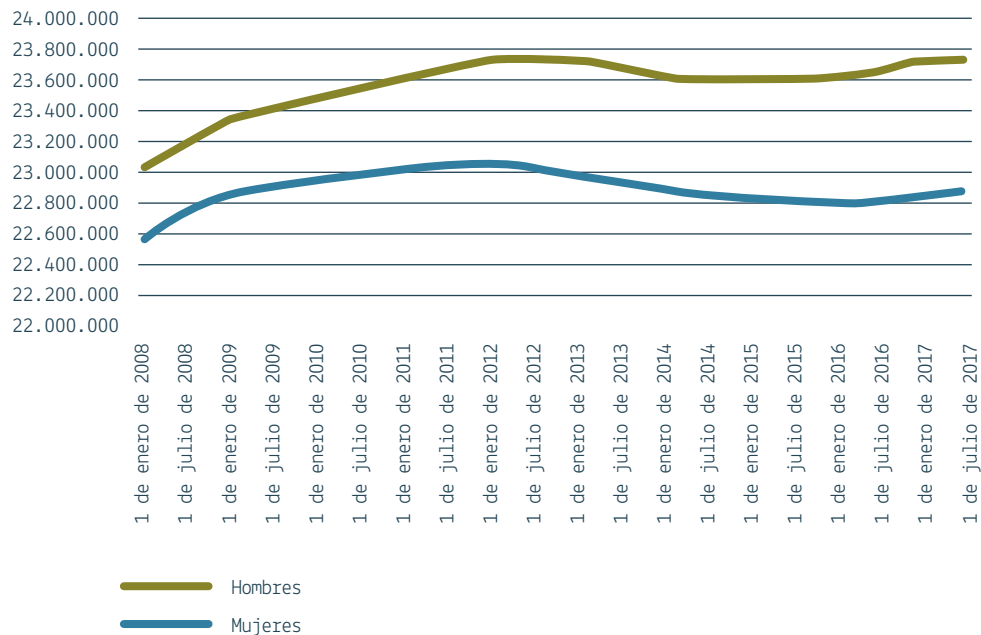


Gráfico 2: Evolución de la población española 2008-2017 por sexo



Observamos que la evolución de la población española durante estos años tuvo un incremento considerable hasta el año 2012, momento en el que comienza a reducirse. El número de mujeres, siendo ligeramente superior al de los hombres, tiene una evolución un tanto diferente. Observamos que mientras las mujeres sufren un pequeño descenso hasta el 2014, comienza a aumentar en mayor número que los hombres.

Para hacernos una idea de la población general en los diferentes hitos del trabajo de campo podemos decir:

- En el año 2008 la población española empadronada se situaba en 46.661.950 habitantes, de los cuales el 12% eran personas de origen extranjero
- Los años 2009-2010 el incremento de población es el más acusado del periodo.
- Tras el segundo periodo de trabajo de campo, años 2012-2013, desciende de forma significativa.
- A 1 de enero de 2017 (últimos datos definitivos), según datos obtenidos por la Comisión Europea y el Instituto Nacional de estadística, unas pinceladas sobre la situación demográfica en España. La población residente en España era 46.528.024, ligeramente inferior al inicio del trabajo, de los cuales un 9,6% eran personas de origen extranjero. No obstante, este último año, unos meses más tarde, la población residente en España se situó en 46.549.045 habitantes (a 1 de julio de 2017), lo que supuso un aumento de 21.021 personas respecto a comienzos de año.

Se consolida así el crecimiento de la población iniciado en el segundo semestre de 2016. En cuanto a cómo se imbrican, con éstos, los datos de la población migrante en España, he aquí alguna información de interés:

- El número de personas extranjeras en España creció un 1,0% hasta situarse en 4.464.997 personas debido, principalmente, a la migración procedente de países extranjeros.
- Durante el primer semestre del 2017, España registró un saldo migratorio positivo de 52.926 personas: 237.115 personas inmigraron frente a una emigración de 184.189.
- En el caso de las personas españolas, el saldo migratorio fue de -12.976 personas, significativamente las personas nacidas en España disminuyeron, bien por defunción, bien por emigración, disminuyeron.
- Sin embargo, la población extranjera tuvo un saldo migratorio positivo (de 65.902 personas), continuando así con la tendencia iniciada en 2015. Todo ello según resultados extraídos de forma literal de la nota de prensa que publica periódicamente el Instituto Nacional de Estadística (INE) con cifras de población publicada el 14 de diciembre de 2017, con estadísticas de migraciones, para este último periodo.

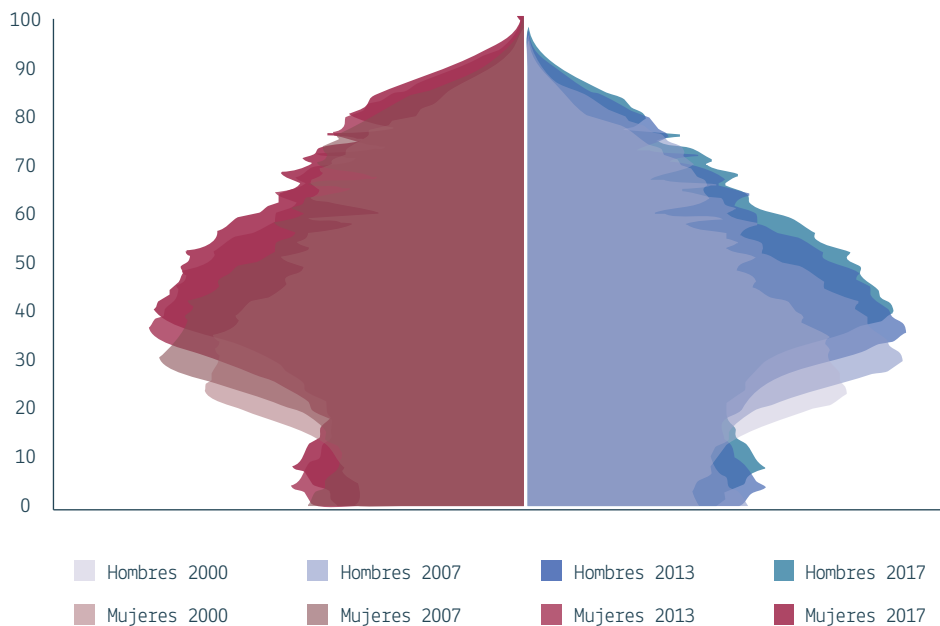
En definitiva, el saldo migratorio en el año 2017 fue positivo, de 52.926 personas (hubo 237.115 inmigraciones procedentes del extranjero y 184.189 emigraciones con destino al extranjero).

Así como se ha comentado, durante el periodo de estudio de esta investigación, se estaba dando una pérdida de población en los últimos años, añadiéndose además el envejecimiento de la misma.

Figura 1: Pirámide de Población

Fuente: *Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España.*

<http://impactocrisisensaludyservicios.org/es/indicadores/estructura-social/elementos-de-demografia/piramide-de-poblacion-espanola#.WsyXt4huaUk>



Entre otros indicadores, mediante los que podemos obtener información de interés sobre la población general en España en la actualidad, están:

- El índice de envejecimiento, el 112,2%, que expresa que por cada 100 menores de 16 años hay 112 personas con más de 64 años.
- La tasa de dependencia, el 52,1%, que indica que por cada 100 personas potencialmente activas hay, aproximadamente, 52 personas potencialmente inactivas.
- La distribución por edad, siendo el indicador que proporciona mayor información sobre el envejecimiento poblacional, he aquí los datos:

Tabla 2: Distribución de la población por edad en España (en porcentaje)

Fuente: Elaboración Eurydice España-REDIE (CNIIE, MECD) a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

	De 0 a 14 años	De 15 a 29 años	De 30 a 44 años	De 54 a 59 años	De 60 a 74 años	De 75 y más años
2000	14,5	23,1	23,2	17,5	14,4	7,3
2005	14,2	21,0	24,9	18,5	13,6	7,9
2014	15,1	15,8	24,6	21,2	14,2	9,2

33

- Desde 2005, la población española de 15 a 29 años ha descendido en 5,2 puntos y el grupo de edad de 30 a 44 años en 0,3 puntos. En cambio, la población de 0 a 14 años se ha incrementado en 0,9 puntos, la de 54 a 59 años en 2,7 puntos, la de 60 a 74 años en 0,6 puntos, y aquellos con más de 75 años han aumentado en 1,3 puntos. La edad media de la población en el año 2014 en España era de 42 años.
- En cuanto a los movimientos migratorios, grosso modo, entre 2000 y 2010 España fue un país receptor de personas migrantes, pero desde 2010 su saldo migratorio tuvo una tendencia negativa hasta 2015 (comenzando entonces a cambiar la tendencia de nuevo). Según los datos del INE para 2013, por cada mil habitantes se perdían aproximadamente 5 residentes.
- Según datos publicados a 25 de junio de 2018, estos son los datos de la población española. (La suma de los datos desagregados puede diferir del total debido al redondeo).

Tabla 3: Distribución de la población por edad en España (en porcentaje)

Fuente: INE

Población residente en España con fecha 1/1/18	
Población total	46.659.302
Hombres	22.882.286
Mujeres	23.777.015
Extranjeros	4.572.055

Perfil y datos demográficos de personas migrantes en España

Seguidamente nos centramos en los datos relativos a la población migrante. Para presentar los datos demográficos en el contexto español, emplearemos la definición de 'inmigrante' según el INE, para conocer cuál ha sido la fuente de datos empleada: una persona inmigrante es considerada "una persona de la vivienda que ha nacido en el extranjero, es mayor de 15 años y vive en España (o tiene intención de hacerlo) desde hace 1 año o más tiempo". (Se excluye el caso de españoles de nacimiento nacidos fuera de España que en el año de llegada a España tenían menos de 2 años).

34

Aquí se presentan datos desde un contexto estatal hasta el contexto geográfico objeto de esta investigación, que es Andalucía.

El número de migrantes, en total en las distintas comunidades autónomas, y según el año de llegada a España es:

Tabla 4: Número de migrantes, en total en las distintas comunidades autónomas, y según el año de llegada a España.

	TOTAL	Entre 2002 y 2007	Entre 1997 y 2001	Entre 1992 y 1996	Entre 1987 y 1991	1986 y anteriores	No sabe
TOTAL	4.526.522	1.863.444	1.309.751	319.665	269.451	694.807	69.404
Andalucía	555.831	227.630	146.138	42.543	30.897	101.896	6.727
Aragón	110.010	52.227	32.372	7.453	6.096	9.811	2.050
Asturias (Principado de)	48.058	15.525	9.310	2.740	1.372	18.162	949
Balears (Illes)	180.360	64.384	54.806	14.223	11.782	31.279	3.885
Canarias	276.827	80.942	86.527	28.423	25.842	51.230	3.864
Cantabria	30.057	13.117	7.161	1.519	1.424	6.544	293
Castilla y León	121.761	53.568	27.716	5.866	4.286	28.509	1.816
Castilla-La Mancha	135.761	75.754	35.306	5.487	6.332	11.412	1.470
Catalunya	923.156	396.418	276.086	64.985	56.257	108.663	20.747
Comunitat Valenciana	691.332	294.458	216.460	38.746	31.163	102.269	8.236
Extremadura	27.870	11.005	6.221	1.969	1.672	6.621	381

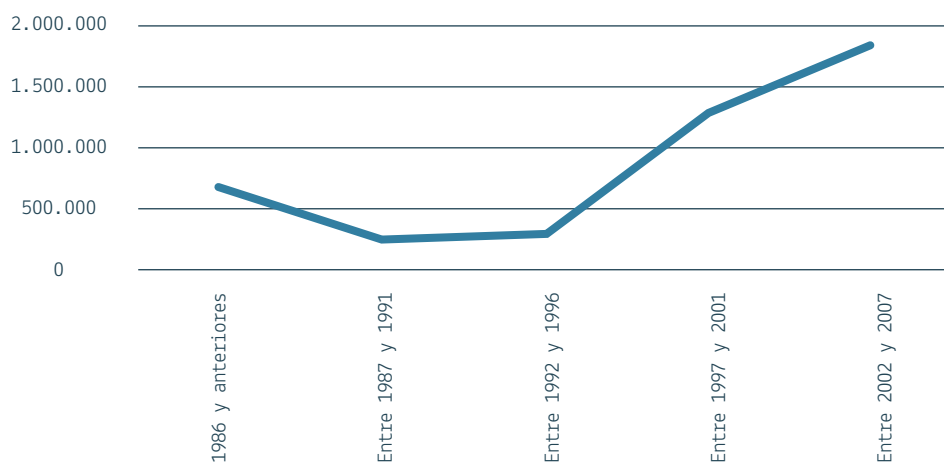
	TOTAL	Entre 2002 y 2007	Entre 1997 y 2001	Entre 1992 y 1996	Entre 1987 y 1991	1986 y anteriores	No sabe
Galicia	152.422	43.350	25.256	14.954	13.843	52.948	2.071
Madrid (Comunidad de)	882.293	373.716	259.268	69.133	62.666	106.259	11.250
Murcia (Región de)	184.463	81.544	69.707	9.867	6.707	14.404	2.233
Navarra (Comunidad Foral de)	51.107	19.619	19.655	3.093	2.489	5.267	984
País Vasco	100.701	42.599	23.820	5.704	4.041	22.977	1.561
Rioja (La)	34.795	16.592	11.808	1.183	1.599	3.157	455
Ceuta	6.474	570	595	707	405	4.145	51
Melilla	13.244	425	1.539	1.070	578	9.253	379

Estos datos muestran que Andalucía, junto a las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid y Valencia, es una de las comunidades autónomas que más migrantes ha recibido.

Gráfico 3: Evolución del número de migrantes, en total en las distintas comunidades autónomas, y según el año de llegada a España.

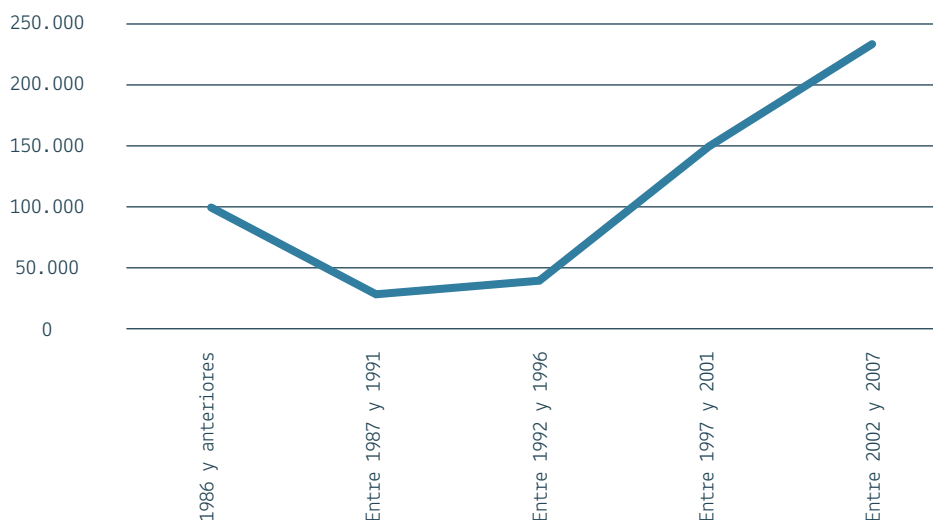
Tabla de elaboración propia

Fuente: INE



En Andalucía vemos que la tendencia demográfica de llegada de migrantes es muy similar a la general del estado español. Y además de ello, vemos que entre los años 80 y previos y el comienzo de la investigación, en número aumenta considerablemente en número, siendo muy característica la fluctuación negativa entre los años 80 y principios de los 90, y el aumento considerable y paulatino hasta finales de la primera década del 2.000.

Gráfico 4: Tendencia demográfica de llegada de migrantes a Andalucía entre 1986 y 2007
Tabla de elaboración propia
Fuente. INE



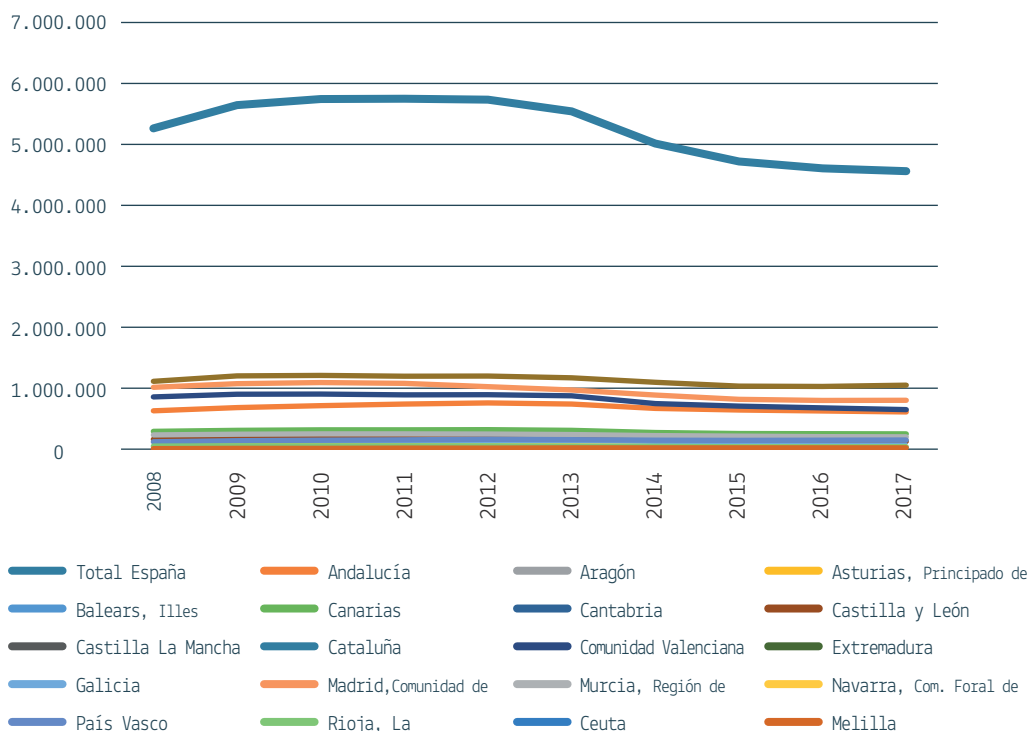
A continuación, atendemos a la evolución por años en el contexto temporal de esta tesis, por CCAA, encontramos lo siguiente (ver tabla 5)

Podemos decir que lo más característico de los datos de evolución de número de extranjeros en toda España aumentó desde el año 2008 hasta el 2012, y es aquí donde comienza a disminuir el número de migrantes, de forma proporcionalmente muy similar, salvo en la Ciudad Autónoma de Melilla, que no deja de aumentar a lo largo de los últimos 10 años. Sin haber profundizado en este dato, este fenómeno pudiera deberse a que algunas personas migrantes se hubieran asentado en Melilla, lugar que habitualmente se ha considerado como ciudad de paso.

Tabla 5: Total de número de extranjeros por Comunidad Autónoma 2018-2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TOTAL ESPAÑA	5.268.762	5.648.671	5.747.734	5.751.487	5.736.258	5.546.238	5.023.487	4.729.644	4.618.581	4.572.807
Andalucía	623.279	675.180	704.056	730.155	747.110	729.725	661.520	636.205	620.006	606.275
Aragón	154.892	172.138	173.086	171.193	173.111	173.653	149.231	140.183	132.813	133.237
Asturias, Principado de	40.804	47.119	49.286	50.399	50.827	48.394	45.124	41.340	40.318	38.884
Baleares, Illes	223.036	237.562	242.256	242.812	242.570	224.406	203.112	192.518	188.896	186.933
Canarias	283.847	301.204	307.379	307.009	310.841	301.234	267.138	253.107	249.414	246.758
Cantabria	33.242	38.096	39.201	38.994	39.313	38.530	34.762	31.708	30.451	29.457
Castilla y León	154.802	167.641	169.498	172.816	173.509	164.780	146.818	135.136	128.633	122.278
Castilla La Mancha	206.008	225.888	229.554	232.735	236.049	220.919	196.033	178.088	168.112	161.168
Cataluña	1.103.790	1.189.279	1.198.538	1.185.852	1.186.779	1.158.472	1.089.214	1.028.069	1.023.398	1.041.362
Comunitat Valenciana	847.339	889.340	893.759	880.782	883.012	863.891	739.630	700.211	672.379	642.380
Extremadura	35.315	37.223	39.356	41.719	42.541	41.677	37.716	34.337	33.707	31.617
Galicia	95.568	106.637	109.670	110.468	112.183	109.962	98.245	90.641	87.966	87.189
Madrid, Comunidad de	1.005.381	1.063.803	1.079.944	1.067.585	1.015.054	960.121	879.953	811.128	792.627	795.271
Murcia, Region de	225.625	235.991	241.865	240.863	238.393	231.022	215.869	208.355	201.255	198.265
Navarra, Com. Foral de	65.045	70.627	71.369	71.600	69.623	67.892	59.550	55.893	54.826	54.653
País Vasco	117.337	132.865	139.369	145.256	151.894	148.877	141.316	137.816	139.425	143.036
Rioja, La	43.856	46.931	46.680	46.288	46.373	44.404	40.018	36.816	35.602	35.046
Ceuta	3.124	3.550	3.995	4.928	5.812	5.668	5.536	5.149	5.433	5.643
Melilla	6.472	7.597	8.873	10.033	11.264	12.611	12.702	12.944	13.320	13.355

Gráfico 5: Total de número de extranjeros por Comunidad Autónoma 2018-2017
 Tabla y gráfico de elaboración propia a partir de datos del INE



Aunque la imagen que ilustran estas tablas y gráficos es parcial, para conocer una foto sobre cuántas y cómo están las personas extranjeras en España, tenemos que tener en cuenta tanto las personas que están empadronadas como aquellas que pudieran encontrarse en una situación administrativa irregular, por lo que tendríamos que acudir a otro tipo de fuentes. Según el informe del Observatorio Permanente de Migraciones en Andalucía (OPAM), el Padrón Municipal es "el registro administrativo que proporciona esta información. Sus datos constituyen prueba de residencia en el municipio y del domicilio habitual en el mismo. Su formación, mantenimiento, revisión y custodia corresponde al Ayuntamiento. La explotación estadística del Padrón a la misma fecha, 1 de enero, se realiza a partir del fichero derivado de la base padronal del INE, depurándose las variables básicas que contiene el Padrón susceptibles de explotación estadística".

La evolución de las personas extranjeras empadronadas en España entre los años 1.998 y 2017 es:

Tabla 6: Número de las personas extranjeras empadronadas en España entre los años 1.998 y 2017

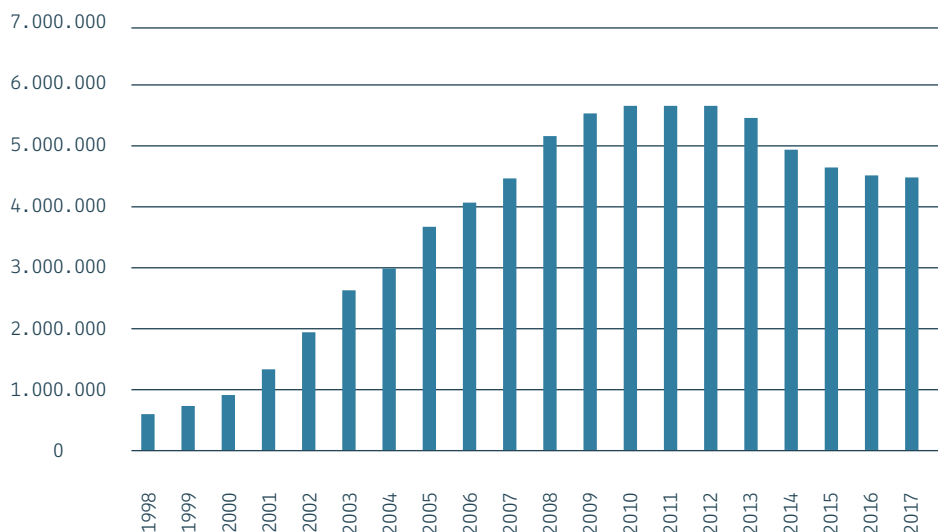
Año	Total (España)
1998	637.085
1999	748.954
2000	923.879
2001	1.370.657
2002	1.977.946
2003	2.664.168
2004	3.034.326
2005	3.730.610
2006	4.144.166
2007	4.519.554
2008	5.268.762
2009	5.648.671
2010	5.747.734
2011	5.751.487
2012	5.736.258
2013	5.546.238
2014	5.023.487
2015	4.729.644
2016	4.618.581
2017	4.572.807

Observamos que a partir del año 2002 se superan los 2 millones de personas extranjeras empadronadas en España, con un pico de más de 5 millones y medio entre los años 2009 y 2013, y con una tendencia a la baja desde ese año a la actualidad.

Gráfico 6: Evolución de las personas extranjeras empadronadas en España entre los años 1.998 y 2017

Tabla de elaboración propia

Fuente: INE



Es interesante conocer también el origen de las personas extranjeras que se empadronan en España y su evolución. A continuación tenemos los datos entre el año 2000 y el 2014, no habiéndose actualizado los mismos hasta la actualidad, en las fuentes consultadas.

Tabla 7: Población extranjera empadronada por nacionalidad en España (región de origen)

Fuente: Elaboración Eurydice España-REDIE (CNIIE, MECD) a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

	2000	2005	2014
Unión Europea	375.486	774.953	2.056.903
Resto de Europa	54.357	577.300	242.262
África	228.972	713.974	1.076.164
América del Norte	22.844	51.619	56.177
América Central y Caribe	48.020	119.985	211.571
América del Sur	135.904	1.302.889	995.282
Asia	56.547	186.848	381.819
Oceanía	1.264	2.321	2.701
Apátridas	413	721	608
TOTAL	923.879	3.730.610	5.023.487

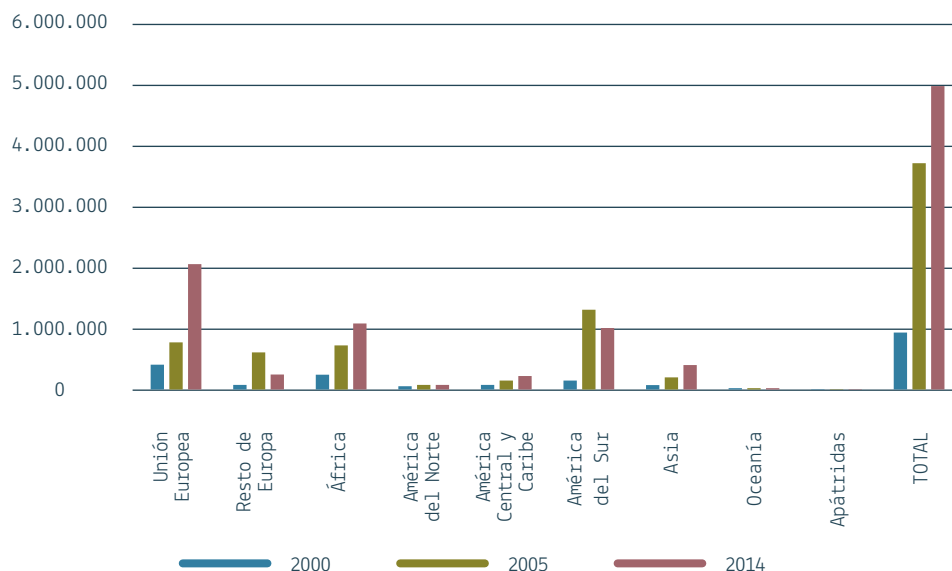
En 2014, la mayor parte de la población extranjera procede de países miembros de la Unión Europea y de África, disminuyendo así la inmigración procedente de América del Sur que en 2005 era mayoritaria.

La disminución de la población de Resto de Europa entre los años 2005 y 2014 podría ser debido a la incorporación de 13 países nuevos a la UE, la mayoría de ellos del este de Europa.

Gráfico 7: Población extranjera empadronada por región de origen

Elaboración propia a partir de:

Fuente: Elaboración Eurydice España-REDIE (CNIIE, MECD) a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).



En el contexto andaluz, los datos de llegada de migrantes son los siguientes:

Tabla 8: Número de personas de origen extranjero a Andalucía

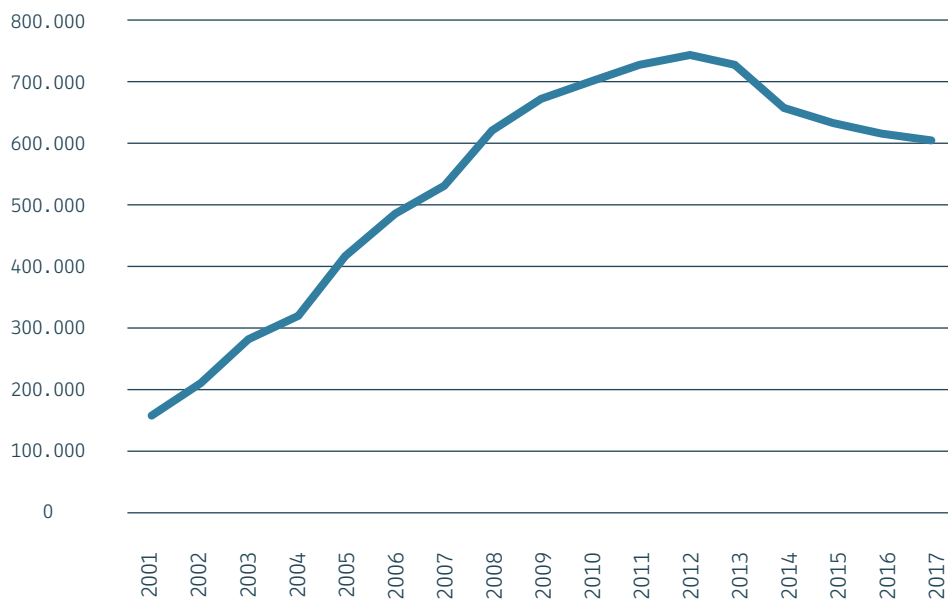
Año	Andalucía
2001	164.145
2002	212.202
2003	282.901
2004	321.570
2005	420.207

Año	Andalucía
2006	488.928
2007	531.827
2008	623.279
2009	675.180
2010	704.056
2011	730.155
2012	747.110
2013	729.725
2014	661.520
2015	636.205
2016	620.006
2017	606.275
Incremento 2001-2017*	269,35%

Gráfico 8: Evolución de la población de origen extranjero en Andalucía

Fuente: Padrones Municipales de población

*Datos Avance del Padrón, a 1 de julio de 2017 (<http://www.ine.es>)



Si atendemos a la población extranjera empadronada en Andalucía según las diez principales nacionalidades en el periodo 2008-2017** (datos provisionales) los datos son los siguientes:

Tabla 9: Población extranjera empadronada en Andalucía según las diez principales nacionalidades
Fuente: INE. Padrón de Habitantes a 1 de enero.
Elaboración: OPAM (Observatorio permanente Andaluz de Migraciones) <http://www.juntadeandalucia.es/justiciaeinterior/>
*Los datos del año 2017 son provisionales.
**Las principales nacionalidades son aquellas con mayor número de personas empadronadas en Andalucía.

NACIONALIDAD	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Reino Unido	100.070	108.282	113.654	117.251	121.329	116.360	91.436	87.895	80.055	74.252
Marruecos	94.109	103.903	111.867	118.518	122.380	125.607	126.031	126.023	131.194	131.296
Rumanía	79.630	88.134	93.169	99.776	106.912	102.352	98.483	92.895	87.554	82.250
Alemania	24.235	25.765	26.940	27.573	28.398	26.008	19.454	18.485	16.852	15.231
Colombia	21.265	22.187	22.492	21.629	18.905	17.749	14.792	12.324	11.179	11.234
Argentina	26.127	24.876	22.490	20.538	18.174	16.539	14.462	12.705	11.891	11.169
Ecuador	23.412	23.044	22.394	21.015	17.556	15.897	13.039	10.452	9.303	7.979
Italia	17.302	18.957	20.212	21.144	22.173	22.080	20.044	19.469	18.347	18.094
Bolivia	22.357	21.174	19.531	19.046	17.882	17.051	14.596	11.982	10.577	8.659
Francia	13.836	14.725	15.439	16.085	16.884	16.009	13.311	12.930	12.201	11.595
Resto de nacionalidades	200.936	224.133	235.868	247.580	256.517	254.073	235.872	231.045	230.853	228.120
TOTAL Personas Extranjeras	623.279	675.180	704.056	730.155	747.110	729.725	661.520	636.205	620.006	599.879

Como podemos observar, la población marroquí es la única que todos los años incrementa el número de personas empadronadas en Andalucía. Todo el resto de nacionalidades ha disminuido, como también el número de personas globales empadronadas. Marruecos y Rumanía son los dos países de origen más numerosos. Por último, podemos observar que mientras que Reino Unido era el más numeroso, el número de personas empadronadas desciende, a la par que asciende en número de personas de Rumanía, lo que hace pensar que al entrar totalmente en la CEE han venido y empadronado en mayor número.

Gráfico 9: Evolución de las 10 principales nacionalidades empadronadas en Andalucía
Tabla de elaboración propia
A partir de INE

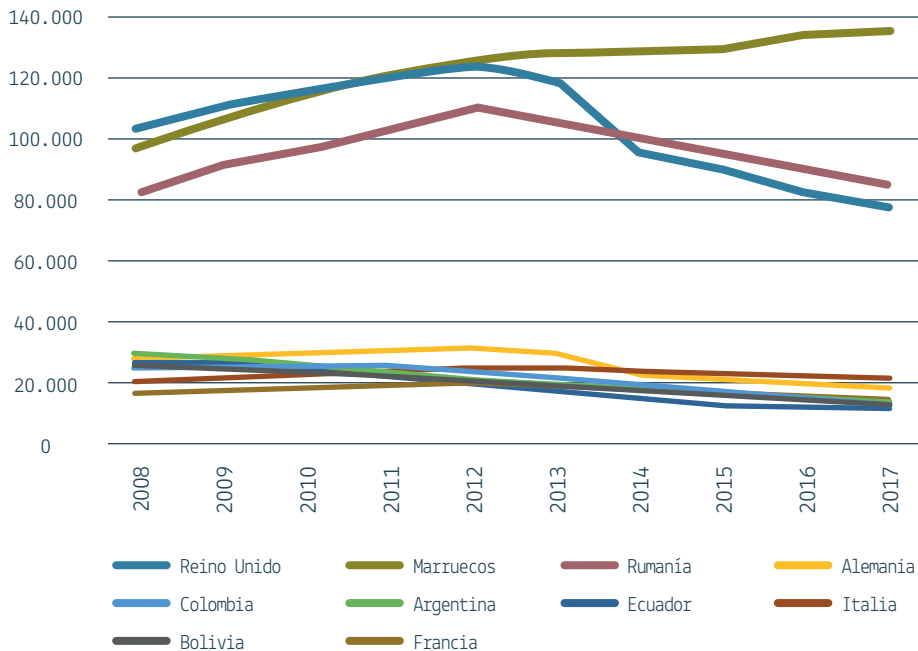


Tabla 10: Distribución de la población extranjera empadronada Comunidad Autónoma Andaluza por procedencia

AÑO	Total	UE	Resto de Europa	África	América del Norte	América Central y Caribe	América del Sur	Asia	Oceania	Apátridas
2000	128.916	71.260	5.351	30.112	4.456	2.074	8.654	6.728	244	24
2005	420.207	141.821	54.085	97.713	6.886	5.894	98.948	14.461	360	39
2014	661.520	319.874	34.873	164.994	7.495	13.182	88.367	32.300	356	79

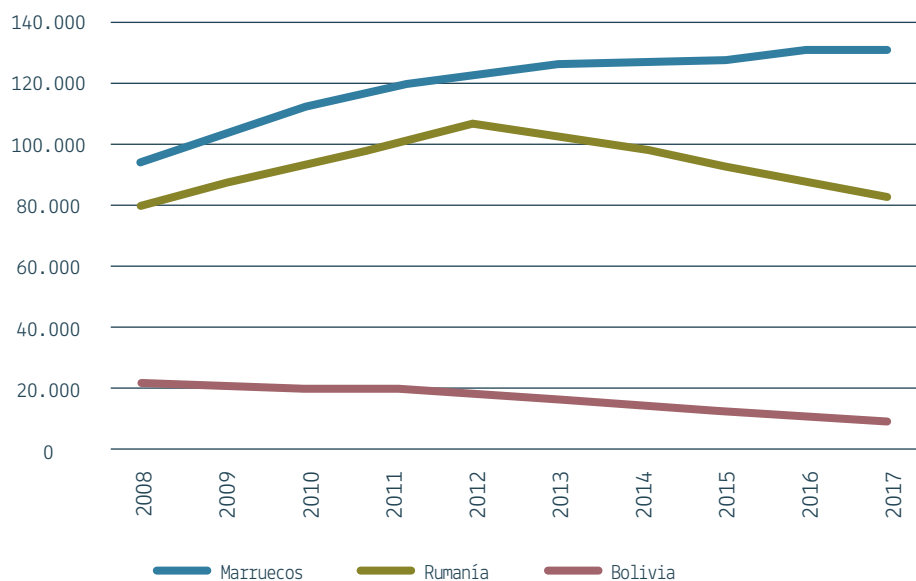
Vemos que en el año 2014, últimos datos definitivos de empadronamiento obtenidos según nacionalidad en Andalucía, África es el continente más presente entre las personas empadronadas de origen extranjero.

Tabla 11: Población extranjera empadronada en Andalucía de procedencia Marroquí, Boliviana y Rumana. Periodo 2008-2017** (2017 datos provisionales)

NACIONALIDAD	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Marruecos	94.109	103.903	111.867	118.518	122.380	125.607	126.031	126.023	131.194	131.296
Rumanía	79.630	88.134	93.169	99.776	106.912	102.352	98.483	92.895	87.554	82.250
Bolivia	22.357	21.174	19.531	19.046	17.882	17.051	14.596	11.982	10.577	8.659

45

Gráfico 9: Evolución de las 10 principales nacionalidades empadronadas en Andalucía
Tabla de elaboración propia
A partir de INE



Si atendemos a las nacionalidades elegidas para nuestro estudio, se eligieron aquellas que estando entre las más numerosas, eran también las más numerosas en la provincia que se iba a realizar el trabajo de campo, por lo tanto, es por ello que se eligió Bolivia, por ser la nacionalidad más numerosa en la provincia de Sevilla.

En este gráfico, observamos que personas marroquíes y rumanas tuvieron una evolución en aumento hasta el año 2012, donde las personas de Rumanía comienzan a

descender. Las personas bolivianas, numerosas al comienzo del trabajo de campo, fueron descendiendo e lo largo de los 10 años, como hemos podido comprobar, por cambio de residencia o retorno a su país. La crisis económica, como veremos más adelante, ha sido uno de los principales factores de este flujo.

Por lo tanto, y con este panorama demográfico, en el momento de selección de las personas objeto de estudio, en el año 2008, se comenzó la captación de los perfiles en las siguientes ubicaciones geográficas, donde el porcentaje respecto a la población total residente y a la población extranjera era la siguiente:

Tabla 12: Porcentaje de población Marroquí, Boliviana y Rumana en 3 provincias de Andalucía 2008

Provincia	Municipios	Porcentaje de población diana
Almería	Uleila del Campo Lucainena de las Torres Gérgal	Población Marroquí – 3,41% de la población total – 24,61% de los extranjeros
Sevilla	Coria del Río San Juan de Aznalfarache	Población Boliviana – 0,94 % de la población total – 25,85% de los extranjeros
Granada	Área Metropolitana de Granada	Población Rumana – 0,47% de la población total – 7,5% de los extranjeros

En el año 2017 las nacionalidades elegidas seguían siendo las más numerosas en las tres provincias elegidas, aunque las personas bolivianas habían descendido en mayor número en la provincia de Sevilla.(12)

1.2. . migratorios en el contexto español y andaluz

En un recorrido por los ciclos migratorios, en los últimos años, España ha pasado por diferentes periodos. Según los últimos datos provisionales del 2016 publicados el 29/06/2017 en la Estadística de migraciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), el saldo migratorio total en España es positivo, siendo 112.666 personas extranjeras llegadas a España frente a -23.540 de españoles que han salido del País, lo que significa que la inmigración aumentó en el último año en un 21,9%. Ya hemos visto que la Estadística de migraciones del Instituto Nacional de estadísticas proporciona una aproximación estadística de los flujos migratorios de España, cada comunidad autónoma y cada provincia con el extranjero, así como de las migraciones interautonómicas e interprovinciales

En una retrospectiva rápida, sabemos que, durante los años 90, España fue un país eminentemente de emigración, para convertirse durante el cambio de siglo en un país de inmigración (13). No obstante, y tras la primera década, y coincidiendo con la crisis económica, la tendencia volvía a remitir y no es hasta el año 2016 que volvemos a tener un saldo positivo en inmigración, como ya se ha comentado antes.

Durante los años en los que el número de extranjeros ha bajado se ha debido principalmente al retorno de estas personas a su país de origen y a la adquisición de la nacionalidad por alguno de ellos y ellas.

La evolución de la migración desde los años 90 se muestra en la siguiente tabla:

47

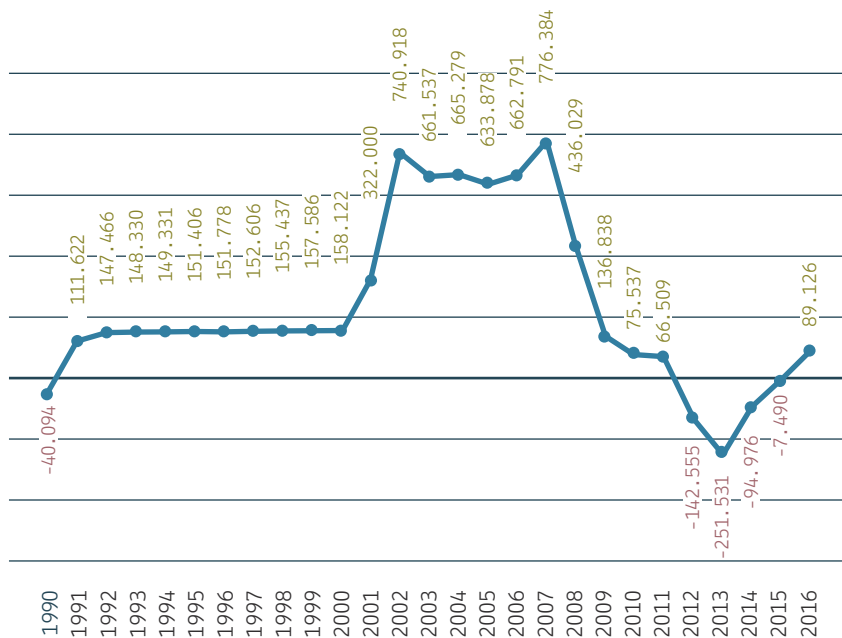
Tabla 13: Datos de migración en España en el periodo 1990-2016

AÑO	Datos España	AÑO	Datos España
1990	-40.094	2004	665.279
1991	111.622	2005	633.878
1992	147.466	2006	662.791
1993	148.330	2007	776.384
1994	149.331	2008	436.029
1995	151.406	2009	136.838
1996	151.778	2010	75.537
1997	152.606	2011	66.509
1998	155.437	2012	-142.555
1999	157.586	2013	-251.531
2000	158.122	2014	-94.976
2001	322.000	2015	-7.490
2002	740.918	2016	89.126
2003	661.537		

La razón por la cual se expresan este número de años (1990-2016) es porque en su representación gráfica es muy significativo ver que España ha tenido un flujo variable con 3 hitos muy interesantes. Entre los años 2000 y 2002 el número de personas extranjeras que migraron a España fue muy considerable. Todas estas personas supusieron la mano de

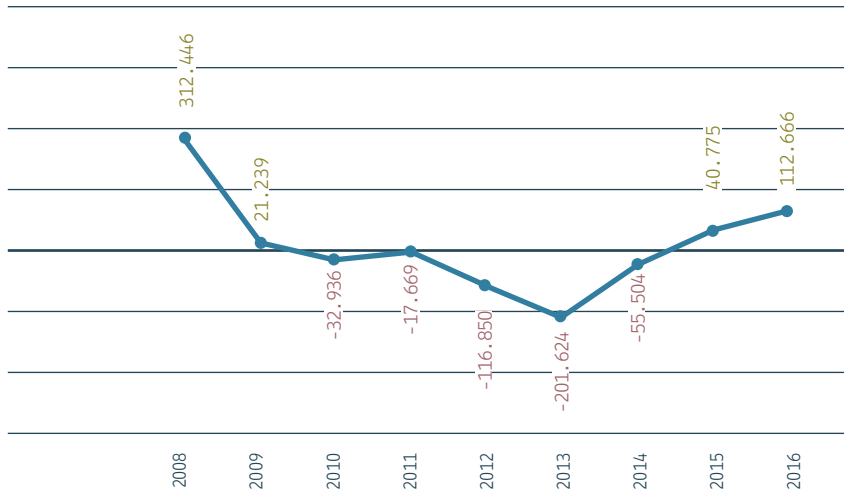
obra barata que levantó toda la construcción y la agricultura de invernadero, dos fuentes importantísimas relacionadas con el crecimiento económico en España. Durante los años de bonanza económica, el número de extranjeros fue relativamente constante, hasta que la crisis económica y sistémica de finales de la primera década del 2000 produjo una caída en picado de las personas que venían a España en busca de un futuro más próspero y fueron muchas las personas o que bien emigraron a otro país o bien retornaron al suyo propio. Por último, y con un saldo negativo que dura alrededor de 4 años, en el año 2016 España comienza a ser destino elegido por personas migrantes. Esta evolución, como veremos a continuación, arrojará algo de luz sobre el contexto político y económico durante las diferentes fases del estudio.

Gráfico 11: Evolución de la migración en España. Periodo 1990-2016.
 Tabla de elaboración propia a partir de datos de Eurostat
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>



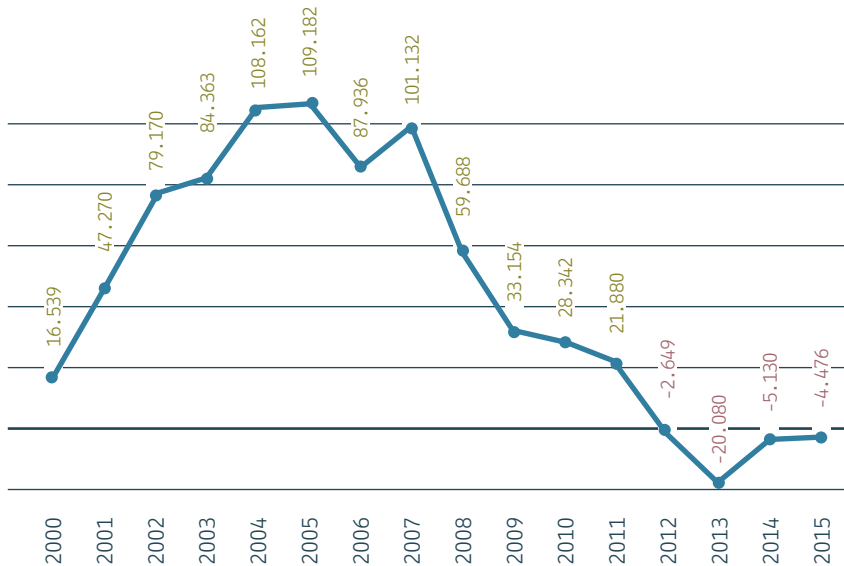
Por lo tanto, y atendiendo a esta evolución, y centrándonos en el periodo comprendido entre el año 2008 y el 2016, periodo en el que se realiza esta investigación, con sus diferentes fases de trabajo de campo, vemos que se muestran diferentes fases como se puede recoger en el siguiente gráfico:

Gráfico 12: Evolución de la migración en España. Periodo 2008-2016
 Tabla de elaboración propia a partir de datos del INE
<http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/>



Observamos, por lo tanto, que en España durante el periodo en el que se ha realizado este estudio, la evolución comienza siendo descendente y termina ascendiendo.

Gráfico 13: Evolución de la migración en Andalucía. Periodo 2000-2016
 Elaboración propia
 Fuente: Agencia Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>



En el caso de Andalucía, y tal y como mostramos en la gráfica anterior, la agencia Eurostat recoge datos de inmigración en el periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2015. Hasta la fecha no se han actualizado los datos a 2016.

En este caso, observamos una tendencia similar a la del ciclo de migración del Estado Español, con un incremento significativo los primeros años de la década del 2000 y un descenso continuado a partir del año 2007, con valores negativos importantes entre los años 2012 y 2015.

2 Datos sobre el contexto social de las personas migrantes a su llegada

Además de la demografía, el entorno social de las personas que han migrado de un país a otro es también muy importante. La literatura sobre el efecto de las migraciones y la salud han señalado tradicionalmente aquellos factores de riesgo para la salud que se han relacionado con las condiciones sociales que suelen vivir algunas personas migrantes. Si bien es verdad que no es la generalidad, la mayoría de personas que han sido informantes en esta investigación, son migrantes denominados socioeconómicos, que han migrado generalmente de lugares donde las posibilidades socioeconómicas son menores y buscan condiciones laborales, sociales y económicas más favorables.

Los factores de riesgo para la salud se relacionan con la pobreza relacionada con la exclusión social; la falta de vivienda adecuada/alojamiento, los cambios en la dieta o dietas pobres y el bajo nivel de ingresos asociados a bajo nivel de educación o a empleo no acordes con su nivel de educación. Algunos de estos factores son comunes con otros grupos en situación de vulnerabilidad.

Otra de las características que más determinan la situación en la sociedad de acogida de las personas en relación a la utilización de los servicios públicos es su situación administrativa, y en este caso concreto en el acceso a la atención sanitaria. La población migrante, administrativamente, puede encontrarse en situación regular o irregular.

Por último, cabe mencionar que hay otros factores que son más específicos del proceso migratorio y que no vamos a desarrollar, como pueden ser los efectos en la salud del propio trayecto migratorio. Por último, es importante resaltar también la discriminación, racismo y trato diferenciado como barreras de acceso a los servicios de salud en la sociedad de acogida (14–16).

Para caracterizar el contexto social de las personas vamos a describir en primer lugar cuáles han sido durante este periodo las principales preocupaciones de las personas en España según el barómetro del Centro de Investigaciones sociológicas (CIS), y a continuación describiremos la situación social de las personas migrantes mediante la descripción de la situación administrativa de las personas migrantes, la situación laboral y por último, los datos obtenidos de la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística, siempre en el contexto español y andaluz.

Para conocer la situación social del país, vamos a hacer una pequeña valoración sobre qué es en lo que piensa o pensaba la población española durante este periodo. El Centro de Estudios de Investigaciones Sociológicas realiza un barómetro mensual (salvo agosto). El objetivo principal de este barómetro es medir el estado de la opinión pública española

del momento. Se entrevista en torno a 2.500 personas elegidas al azar dentro del territorio nacional, de las que, además de sus opiniones, se recoge una amplia información social y demográfica para el análisis. Este barómetro tiene una serie de preguntas fijas que responden a unos indicadores que son:

- Indicadores de la situación económica.
- Indicadores de la situación política.
- Indicadores del sistema Gobierno/oposición.
- Indicadores electorales.
- Autoubicación ideológica.
- Percepción de los principales problemas de España.

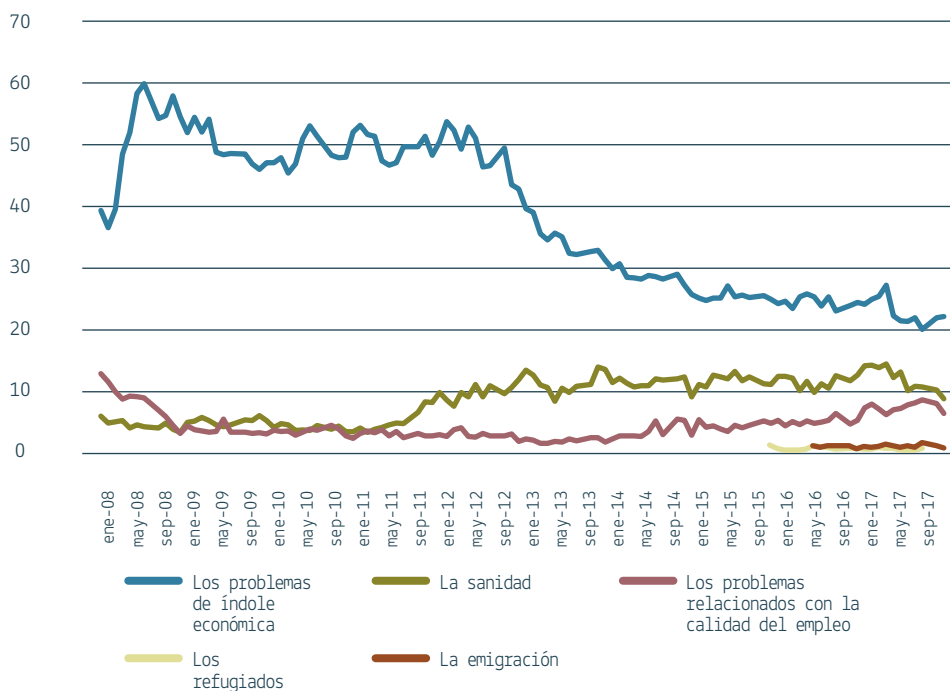
Para conocer la percepción de los principales problemas de España, a cada una de las personas entrevistadas se les pregunta por las tres principales preocupaciones. Es importante resaltar que entre las principales preocupaciones de los españoles durante nuestro periodo de estudio se encontraban la sanidad, los problemas de índole económica, los problemas relacionados con la calidad del empleo, la inmigración, el racismo, la crisis de valores, los refugiados y la emigración. Los dos últimos emergen en 2015-2016, coincidiendo con la crisis europea con la llegada masiva de personas migrantes en busca de protección internacional, y con la toma de conciencia del aumento de emigración de personas formadas y especializadas en búsqueda de empleo en el extranjero.

Esta es la representación gráfica de las principales preocupaciones a lo largo de estos años, los datos se presentan en el anexo 2, debido a su extensión.

Tal y como se puede observar, durante los años de recortes como los problemas de índole económica preocuparon de una forma relevante respecto a las demás, no obstante parece perder importancia a partir del año 2013, aunque sigue teniendo diferencia con el resto.

Es de destacar que la preocupación por la sanidad aumenta a partir del año 2011, y despunta desde mediados del 2012, coincidiendo con los recortes económicos y los cambios legislativos, sobre todo el RDL 16/2012. Y el último lugar, destacar que la preocupación por la calidad del empleo es inversamente proporcional a la cantidad de empleo disponible, es decir, cuanto mayor es la tasa de paro, menor es la preocupación por la calidad de los empleos. Este indicador ha sido elegido por que el empleo se relaciona directamente con la salud y el acceso a la atención sanitaria en la literatura revisada. (17-19)

Gráfico 14: Principales preocupación según el Barómetro del CIS. Periodo 2008-2017.



Otra de los elementos más importantes que se han identificado en relación al acceso sanitario es la situación administrativa de las personas migrantes. Por ello, a continuación hacemos una descripción de la población que está en situación administrativa tanto regular como irregular España y Andalucía.

2.1. Población migrante en situación regular

Los datos que se recogen sobre las personas extranjeras en España, en lo que se refiere a las personas migrantes que se encuentran en situación regularizada en el país, son tomados de aquellas **personas Extranjeras con Certificado de registro o Tarjeta de residencia en vigor**¹. Esta explotación la realiza el Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI) perteneciente al Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

El OPI es el órgano colegiado que recoge los datos, análisis, estudios y difusión de la información relacionada con los movimientos migratorios en España. Estos datos, no nominales, los da la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil. El objetivo de la

¹ Todas las notas y definiciones de términos políticos y económicos se encontrarán en el anexo 3

recogida de estos datos es reflejar el número de personas extranjeras con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor, y observar la evolución del número de personas extranjeras regularizadas a lo largo de los años. Desde el año 2015 estos datos se vienen recogiendo semestralmente.

En lo que se refiere a Andalucía, el OPI recoge la serie que va desde el año 2009 al 2017. A continuación se muestran los datos relativos a número de extranjeros con residencia en vigor a 31 de diciembre tanto para la CCAA como para las provincias:

Tabla 14: Número de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 31 de diciembre según sexo y provincia. Variaciones absolutas y porcentuales. Periodo 2009 - 2017
Fuente: Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría General de Inmigración y Emigración. Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Número de extranjeros									
ANDALUCÍA	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
TOTAL	744.554	711.163	692.459	676.613	665.093	662.226	640.509	614.506	582.633
Almería	164.308	156.301	151.889	148.332	144.629	144.223	139.523	135.797	132.820
Cádiz	50.410	48.060	47.615	47.015	46.353	47.303	45.087	42.854	39.594
Córdoba	28.898	27.447	27.113	26.802	26.813	27.457	26.797	25.638	23.655
Granada	77.418	74.287	73.260	72.222	71.412	71.084	69.091	65.490	62.938
Huelva	61.085	59.087	56.375	53.517	51.664	50.245	49.079	47.124	39.025
Jaén	23.639	23.316	23.601	23.422	23.761	25.099	25.226	22.651	20.431
Málaga	257.349	243.871	234.711	228.809	223.832	219.044	209.746	200.595	196.239
Sevilla	81.447	78.794	77.895	76.494	76.629	77.771	75.960	74.357	67.931

Variaciones absolutas								
ANDALUCÍA	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
TOTAL	33.391	18.704	15.846	11.520	2.867	21.717	26.003	31.873
Almería	8.007	4.412	3.557	3.703	406	4.700	3.726	2.977
Cádiz	2.350	445	600	662	-950	2.216	2.233	3.260
Córdoba	1.451	334	311	-11	-644	660	1.159	1.983
Granada	3.131	1.027	1.038	810	328	1.993	3.601	2.552
Huelva	1.998	2.712	2.858	1.853	1.419	1.166	1.955	8.099
Jaén	323	-285	179	-339	-1.338	-127	2.575	2.220
Málaga	13.478	9.160	5.902	4.977	4.788	9.298	9.151	4.356
Sevilla	2.653	899	1.401	-135	-1.142	1.811	1.603	6.426

Variaciones porcentuales								
ANDALUCÍA	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
TOTAL	4,70	2,70	2,34	1,73	0,43	3,39	4,23	5,47
Almería	5,12	2,90	2,40	2,56	0,28	3,37	2,74	2,24
Cádiz	4,89	0,93	1,28	1,43	-2,01	4,91	5,21	8,23
Córdoba	5,29	1,23	1,16	-0,04	-2,35	2,46	4,52	8,38
Granada	4,21	1,40	1,44	1,13	0,46	2,88	5,50	4,05
Huelva	3,38	4,81	5,34	3,59	2,82	2,38	4,15	20,75
Jaén	1,39	-1,21	0,76	-1,43	-5,33	-0,50	11,37	10,87
Málaga	5,53	3,90	2,58	2,22	2,19	4,43	4,56	2,22
Sevilla	3,37	1,15	1,83	-0,18	-1,47	2,38	2,16	9,46

Gráfico 15: Número de extranjeros con Certificado de Registro (CR) o Tarjeta DE Residencia (TR) total en Andalucía. Periodo 2009-2017.

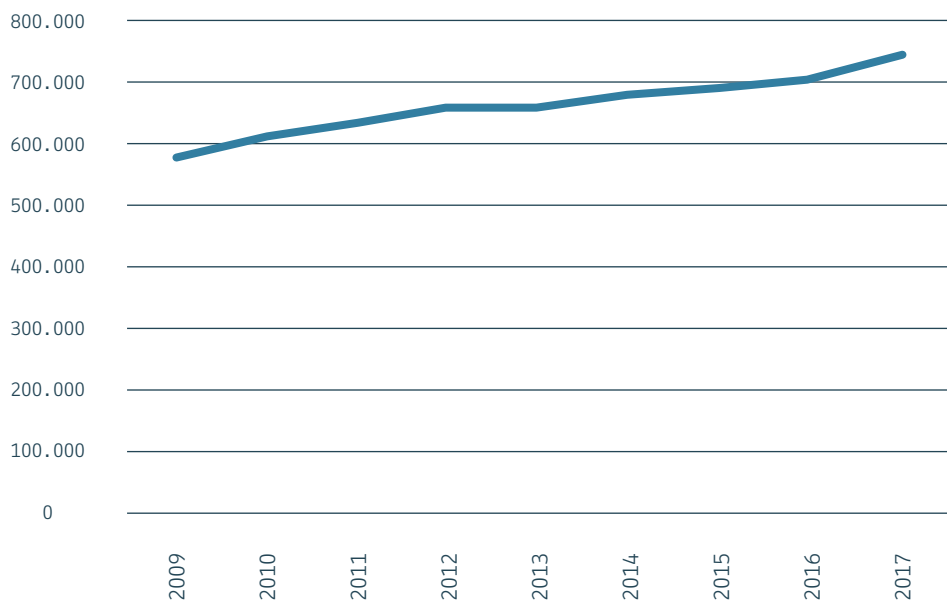
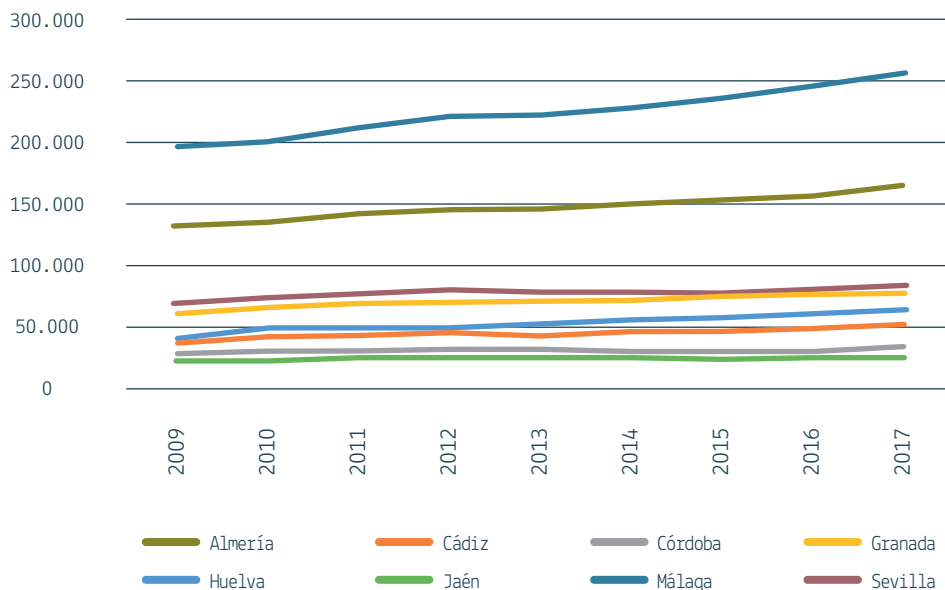


Gráfico 16: Número de extranjeros con Certificado de Registro (CR) o Tarjeta DE Residencia (TR) total por provincia. Periodo 2009-2017.

Elaboración de tablas propia a partir de: Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría General de Inmigración y Emigración. Ministerio de Empleo y Seguridad Social



Como observamos, el número de personas extranjeras con **certificado de registro (CR) o tarjeta de residencia (TR)** en vigor² ha evolucionado en los últimos años, siendo el año 2012 en año donde se registra un mayor número de personas registradas. En el año 2015 también comienza a registrarse una variación positiva o de mantenimiento salvo en las provincias de Málaga y Sevilla, mientras que en Almería continúa creciendo el número de personas extranjeras con certificado de registro (CR) o tarjeta de residencia (TR).

Aquí vemos la evolución del año 2015 en número absoluto y en porcentaje de evolución.

A nivel nacional se produce una variación negativa en el Régimen General³ del 3,26%, y una variación positiva del 3,63% en el régimen Comunitario o de Libre Circulación UE⁴. En la Comunidad Autónoma de Andalucía el Régimen general desciende con un 1,52% menos de registros y el Comunitario aumenta en un 4,36%.

En relación con su tipología, los permisos de larga duración constituyen el 82'63% del total en Andalucía y el 83,48% en el conjunto de España de las autorizaciones de

2 Todas las notas y definiciones de términos políticos y económicos se encontrarán en el anexo 3

3 Régimen que se aplica a los nacionales de terceros países, salvo que por razón de parentesco les sea de aplicación el Régimen de Libre Circulación UE por ser familiares de ciudadanos de la Unión.

4 Régimen que se aplica a los nacionales de países de la Unión Europea, de otros Estados parte en el Acuerdo del Espacio Económico Europeo y de la Confederación Suiza, así como a sus familiares y los familiares de españoles que sean nacionales de terceros países.

Tabla 15: Evolución del número de extranjeros con Certificado de Registro (CR) o Tarjeta DE Residencia (TR) en España y Andalucía.

	Personas extranjeras con certificado de registro (CR) o tarjeta de residencia (TR)	Evolución en el año 2015
Andalucía	692.459	incrementos del 2,34%
España	4.982.183	incrementos del 1,16%

residencia del Régimen General, así como el 49'95% en Andalucía, 51'38% en España de aquellos certificados del Régimen Comunitario que fueron expedidos en la aplicación del RDL 16/2012, por el que la especificación del motivo se extiende a dicho Régimen. (20)

Según el Manual de Atención Sanitaria al Inmigrante (21) "El derecho a la protección de la salud, y así se contempla en la propia Ley General de Sanidad, no discrimina entre los españoles y los extranjeros que residen regular o irregularmente en territorio español, si bien, la asistencia sanitaria, está condicionada al cumplimiento de determinados requisitos (como la inscripción en el padrón municipal o el desempeño de un trabajo). La amplitud en el reconocimiento de los derechos sociales así como su contenido y alcance pueden variar entre comunidades autónomas.

En Andalucía, la atención sanitaria está garantizada en todo momento y circunstancia; los inmigrantes irregulares, no empadronados, pueden acceder a los servicios sanitarios; sólo se requiere poseer la Tarjeta de Reconocimiento de Asistencia Temporal, renovable, que ha de ser solicitada en los propios centros de salud. Así, nuestra Comunidad se sitúa al frente del resto de comunidades en cuanto a prestaciones sanitarias".

No obstante, las personas migrantes, en general, encuentran barreras de acceso al sistema sanitario. Estas barreras, aunque esto se desarrollará más adelante en el apartado de "Estado de la cuestión", se engloban en el citado manual en barreras normativas y administrativas, barreras lingüísticas y de comunicación, barreras culturales y religiosas y el rechazo pasivo del sistema o de profesionales sanitario.

2.2. Población migrante en situación irregular

¿Qué significa ser una persona migrante en situación irregular?

Según la FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) el término «inmigrantes en situación irregular», se refieren a aquellas personas que no son nacionales de ninguno de los Estados miembros de la UE, y que se encuentran en alguno de ellos sin visado ni permiso de residencia. (22)

Según la Organización Internacional de Migraciones (OIM) también se define como “Persona que habiendo ingresado ilegalmente o tras vencimiento de su visado, deja de tener status legal en el país receptor o de tránsito. El término se aplica a los migrantes que infringen las normas de admisión del país o cualquier otra persona no autorizada a permanecer en el país receptor (también llamado clandestino/ ilegal/migrante indocumentado o migrante en situación irregular). (23)

Por tanto, en el contexto español podemos decir que la situación administrativa de una persona extranjera se convierte en irregular cuando:

- Ha entrado de forma no regularizada por los puestos fronterizos habilitados y sin la documentación necesaria.
- También se puede dar el caso de, habiendo entrado de forma legal y regularizada, se cumpla el plazo de estancia y por tanto, le caduque el visado. Hay casos que viniendo de países en los que no es necesario un visado, ha sobrepasado los tres meses de estancia.
- Estando en situación regular, no poder renovar por diferentes motivos su autorización.

En España, hay cuatro circunstancias excepcionales en las que se puede tramitar el permiso de residencia sin necesidad de volver al país de origen a por un visado de residencia y trabajo.

- El arraigo social o laboral.
- La protección internacional.
- Razones humanitarias.
- Colaboración con autoridades administrativas, judiciales, policiales y fiscales.

Según la agencia Eurostat, en los últimos años el flujo de migrantes en situación irregular que ingresó a la UE alcanzó niveles sin precedentes, sobre todo los años 2015 y 2016.

Los flujos de migración que entran de forma irregular se enmarcan en la mayoría de los casos en redes de tráfico de migrantes, dando lugar a una actividad criminal global dinámica. La pobreza, la inestabilidad social y política, así como la limitada disponibilidad de rutas migratorias legales, empujan a las personas hacia redes delictivas para facilitar su entrada no autorizada, el tránsito o la permanencia en la UE. La experiencia de las personas que viajan en este contexto suele ser muy peligroso y suelen conllevar situaciones de extremo riesgo y violencia.

En los últimos años, el Mar Mediterráneo se ha convertido en una “fosa común” vergonzosa, y desgraciadamente esta ruta se mantiene entre las personas que intentan acceder a Europa, y son muchas de ellas las que se quedan por el camino.

Es muy importante destacar que la situación administrativa irregular convierte a estas personas en una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad. Estas personas son muchas veces diana de explotación, no solo sexual, sino también laboral (24). En conversaciones informales realizadas en el marco del trabajo de campo de este estudio, hemos encontrado innumerables testimonios que relatan el miedo, el eterno endeudamiento con las mafias y la afectación de la salud, tanto física como mental que sufren las personas que se encuentran en esta situación.

Aunque la migración en situación no regularizada no es objeto de estudio de esta investigación, cabe remarcar como marco que la atención sanitaria dirigida a las personas en situación no regular es muy diferente a según el país.

A nivel europeo, la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), publica un informe (25) a partir de un estudio comparativo en el que se describía la situación de los derechos de asistencia sanitaria para los inmigrantes en situación irregular en los países de la UE-27 en 2011. En esta figura, se diferencian cinco situaciones:

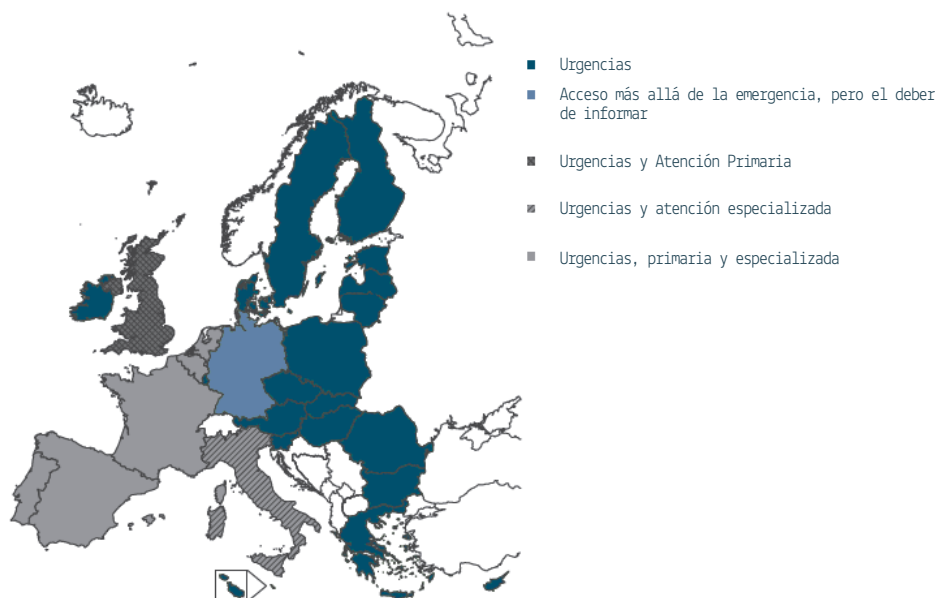
1. Países que solo brindan acceso a atención de emergencia para migrantes en situación irregular.
2. Países que brindan acceso más allá de la emergencia, pero que tienen la obligación de informar a la policía.
3. Países que brindan acceso a emergencias y atención primaria,
4. Países que brindan acceso a atención de emergencia y secundaria, y
5. Países que brindan acceso a atención de emergencia, primaria y secundaria a este grupo de población.

La legislación ha cambiado en los últimos años, y más con la (mal) llamada “crisis de las personas refugiadas”. *Grosso modo*, se puede decir que desde ese año hasta la actualidad, solo ha mejorado la situación en Suecia, mientras que España ha pasado de ser uno de los países que más cobertura sanitaria ofrecía a uno de los más restrictivos, como ya conocemos con la limitación de la atención médica para las personas migrantes en situación irregular con el RDL 16/2012 (figura 2).

A nivel Andaluz, en un Informe de trabajo de la Consejería de Salud de Atención Sanitaria de Inmigrantes del año 2016, publicado en Agosto de 2017⁵, encontramos los datos relativos a la asistencia sanitaria a personas inmigrantes en situación no regularizada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este informe, elaborado periódicamente,

⁵ Informe de trabajo interno no publicado Realizado por: Subdirección de Gestión Sanitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Figura 2: Situación de la atención sanitaria dirigida a personas migrantes en situación irregular en Europa en términos de derecho.



ofrece información sobre una estimación del hecho migratorio en Andalucía desde el punto de vista sanitario, abordando datos y asistencia sanitaria-tanto de Atención Primaria como Hospitalaria, de las personas migrantes en situación no regularizada, procedente de diferentes datos del SSPA.

En Andalucía, en el ámbito del SAS, se realiza una estimación del número del número de personas extranjeras en situación no regularizada, a partir de la demanda y reconocimiento de atención sanitaria de este colectivo en los centros de atención primaria del SSPA. No obstante, estos datos son de uso interno y no se publican.

Algunos autores han hecho estimaciones, como por ejemplo Cebolla & González Ferrer, que estiman que, en 2012, en torno a un 8% de las personas extranjeras residentes en España estaban sin regularizar.(26)

Las barreras en el acceso efectivo a la atención sanitaria por parte de las personas migrantes no regularizadas han sido estudiadas por multitud de autores y autoras tanto individuales como organizaciones (11,16,25,27-31). Las barreras más frecuentes que se encuentran las personas migrantes en situación irregular son: limitación o ausencia de los derechos a atención sanitaria, falta de conciencia de los derechos de acceso a la atención sanitaria existentes por parte de profesionales, personal administrativo y migrantes, la complejidad de los procedimientos administrativos, la obligación de reembolso en sistemas

de co-pago y por último el miedo a ser denunciado/a. Además de ello, son importantes las características culturales e idiomáticas, el haber sufrido experiencias previas de discriminación, la precariedad de la situación socio-económica, con cambios frecuentes de residencia fija o ausencia de la misma, los casos de denegación del acceso sanitario a pesar de tener derecho, miedo a un impacto negativo de un diagnóstico 'VIH+' sobre el proceso de autorización de residencia y por último las dificultades asociadas al acceso a la atención sanitaria apropiada en los centros de detención.

2.3. Situación laboral de las personas migrantes en el contexto español y andaluz

61

La situación laboral es uno de los indicadores más explícitos de la situación socioeconómica de las personas en un determinado contexto.

La tasa de paro es el cociente entre el número de personas paradas y de personas activas. La población económicamente activa se refiere a las personas de 16 o más años, que, durante la semana de referencia que se toma, suelen dar respuesta a las condiciones que se necesitan para poder ser incluidas entre las personas paradas u ocupadas.

Las personas ocupadas son aquellas que durante la semana de referencia han tenido un trabajo por cuenta ajena o ejercido una actividad por cuenta propia, aunque estuvieran temporalmente ausentes de dicho trabajo por enfermedad, vacaciones, etc.

Las personas paradas son aquellas que durante esa semana han estado en busca de trabajo, disponibles para trabajar o sin trabajo.

A continuación se presentan el número de personas paradas en España:

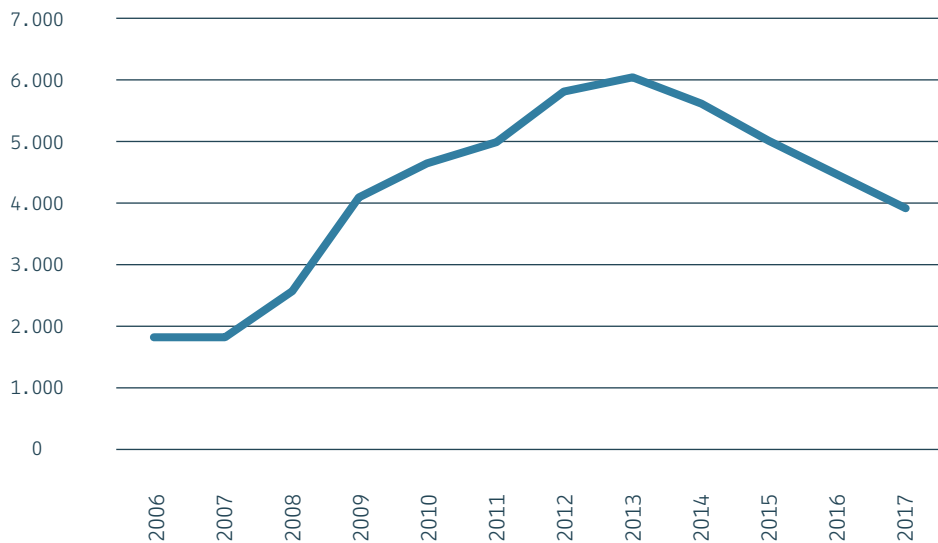
Tabla 16: Personas paradas en España. Periodo 2006-2017

AÑO	Parados:Valores absolutos (Unidades: miles de personas)	AÑO	Parados:Valores absolutos (Unidades: miles de personas)
2006	1.840,9	2012	5.811,0
2007	1.846,1	2013	6.051,1
2008	2.595,9	2014	5.610,4
2009	4.153,5	2015	5.056,0
2010	4.640,1	2016	4.481,2
2011	5.012,7	2017	3.916,9

Gráfico 17: Evolución de las personas paradas en España. Periodo 2006-2017

Elaboración propia

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

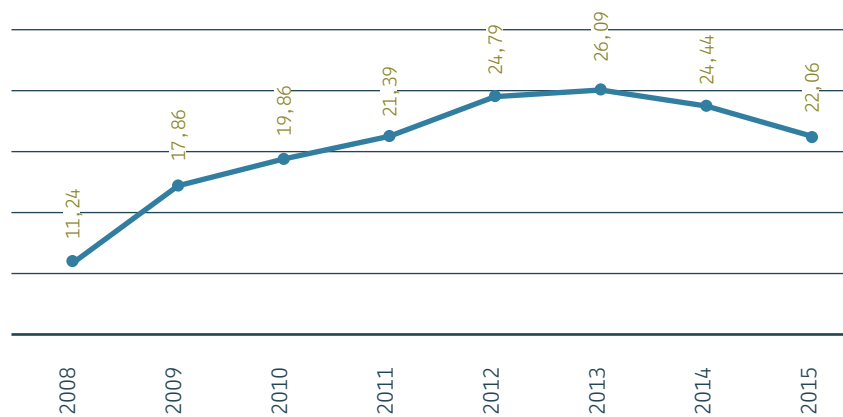


La tasa de paro general a nivel español, mostraba los siguientes resultados: disponibles en el momento de actualización hasta 2015.

Gráfico 18: Evolución de la tasa de Paro en España. Periodo 2008-2015

Fuente: Short-Term Labour Market Statistics. OECD Statistics.

En <http://impactocrisisensaludyservicios.org/es/indicadores/sistema-sanitario#.Wp5AVuj0WUk>



Como observamos, la tasa de paro a nivel español ha ido incrementándose a niveles muy preocupantes hasta alcanzar un pico de más del 26% en el año 2013.

A nivel Andalucía, y para el periodo 2008-2017, se presenta la tasa de paro total del 4º trimestre de cada año y desagregada por nacionalidad, para mostrar las diferencias entre personas de nacionalidad española y nacionalidad extranjera (de UE y resto del mundo).

Tabla 17: Tasas de paro por nacionalidad y comunidad autónoma. Periodo 2008-2017
Unidades: Tasas

	Año	Tasa de paro 4T
Andalucía	2008	21,66
	2009	26,27
	2010	28,04
	2011	31,01
	2012	35,71
	2013	36,26
	2014	34,23
	2015	29,83
	2016	28,25
	2017	24,43
Española	2008	20,74
	2009	25,68
	2010	27,15
	2011	30,27
	2012	35,60
	2013	35,89
	2014	33,95
	2015	29,82
	2016	28,39
	2017	24,27
Extranjera: total	2008	29,67
	2009	31,52
	2010	35,80
	2011	37,45
	2012	36,66
	2013	39,81
	2014	36,79
	2015	29,91
	2016	26,81
	2017	25,91

	Año	Tasa de paro 4T
Extranjera: Unión Europea	2008	22,25
	2009	28,21
	2010	38,25
	2011	37,68
	2012	33,35
	2013	39,31
	2014	36,41
	2015	30,69
	2016	27,73
	2017	24,06
Extranjera: No pertenecientes a la Unión Europea	2008	33,41
	2009	33,12
	2010	34,55
	2011	37,32
	2012	38,75
	2013	40,20
	2014	37,08
	2015	29,41
	2016	26,24
	2017	27,03

Según estos datos⁶ las tasas de paro en Andalucía en el año 2013, año de mayor paro, era un 10% mayor que la tasa correspondiente a la totalidad española.

Si atendemos a la diferencia por nacionalidades, las personas residentes en Andalucía de nacionalidad extranjera y no pertenecientes a la UE son las personas que registran la mayor tasa, alcanzando el 40%, seguidas muy de cerca las personas extranjeras de la UE.

En el informe “Impactos de la crisis sobre la población inmigrante” del colectivo Ioé (31) promovido por la Organización Internacional de Migraciones, en los años en los que la crisis ha sido más severa, es decir, entre 2008-2011 se perdieron 2,2 millones de empleos, el 11,5% de los autóctonos, el 15% de los de América Latina y el resto de Europa, y el 21% de los procedentes África. Estos resultados demuestran que la población migrante es la población más afectada por la pérdida de empleo.

⁶ Notas: Las personas con doble nacionalidad (española y otra) se incluyen con las de nacionalidad española. Los resultados de Ceuta y Melilla deben tomarse con precaución porque pueden estar afectados por grandes errores de muestreo.

La caracterización de la población activa extranjera en el mercado laboral (según la Encuesta de Población Activa EPA)

La Encuesta de Población Activa es la principal encuesta nacional española que realiza el INE con carácter trimestral que recoge y analiza datos sobre el mercado de trabajo en España, y las fuentes que derivan de los siguientes procedimientos administrativos:

- Afiliación de personas trabajadoras a la Seguridad Social
- Registro de contratos de trabajo en los Servicios Públicos de Empleo
- Inscripción de demanda de empleo en el Servicio Andaluz de Empleo

El principal objetivo de esta encuesta es conocer la población de 16 y más años en relación con el empleo.

La destrucción de empleo durante los años de este estudio, que conecta con los años de mayor influencia de la crisis económica, ha incidido en mayor medida en la población extranjera respecto a la población autóctona. En este sentido, la evolución de los indicadores a nivel nacional y andaluz es muy similar.

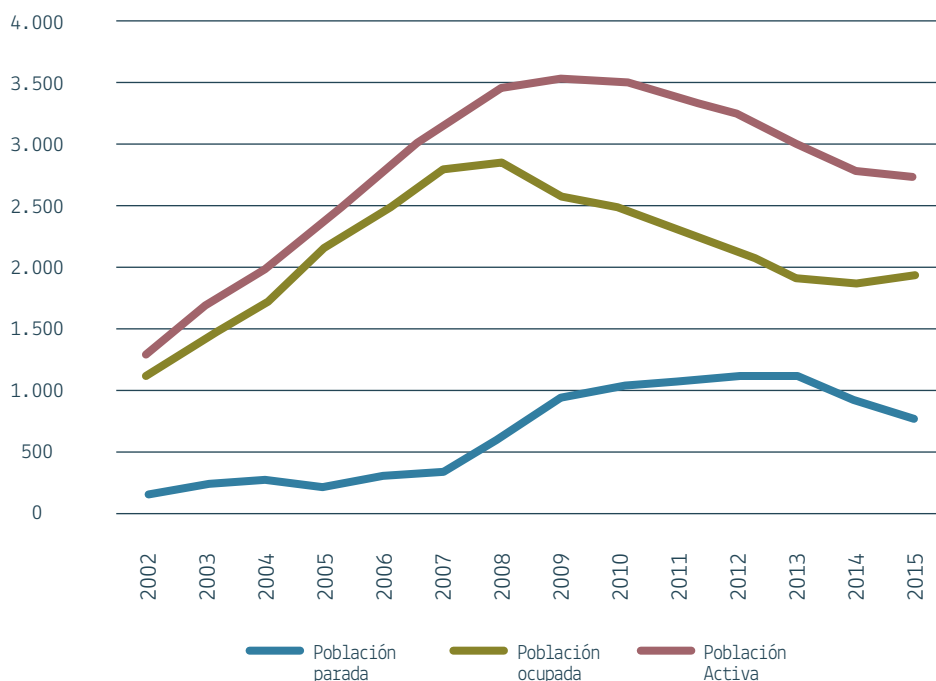
Tabla 18: Situación laboral de personas extranjeras en España. Periodo 2002-2015 (cifras en miles).

AÑO	Población Parada	Población ocupada ⁷	Población activa ⁷
2002	183,5	1.097,10	1.280,60
2003	245,9	1.455,30	1.701,20
2004	275,1	1.733,10	2.008,20
2005	245,4	2.172,30	2.417,70
2006	300,3	2.461,20	2761,5
2007	371,6	2.793,80	3.165,40
2008	598,7	2.846,90	3.445,60
2009	958	2.564,60	3.522,60
2010	1.018,30	2.482,00	3.500,30
2011	1.103,60	2.291,40	3.395,00
2012	1.130,00	2123,7	3.253,70
2013	1.101,10	1.906,50	3.007,60
2014	915,4	1.869,80	2.785,20
2015	789,6	1.938,90	2.728,60

⁷ La población activa son aquellas personas que en este momento están trabajando (y tienen seguridad social y cobran IRPF) y también son las personas que están buscando trabajo (la causa principal es el paro). La población ocupada o no activa son aquellas personas que no tienen trabajo y no están apuntados al paro. También son las personas menores de 18 años (son menores de edad y no pueden trabajar) y las mayores de 65 años (a esta edad están jubilados/as). En este grupo se incluyen personas que tiene una enfermedad que les impide trabajar y los amas/os de casa que no están apuntados al paro o cuidador@s informales.

La situación de las personas migrantes se ha visto especialmente afectada en el contexto de crisis, principalmente en el año 2014 especialmente afectado.

Gráfico 19: Evolución de la situación laboral de personas extranjeras en España. Periodo 2002-2015
Fuente: INE. EPA (terceros trimestres). Elaboración: OPAM



Los datos indican que desde el año 2011, la situación laboral de las personas extranjeras sufre un declive tanto en el número de personas activas como ocupadas. Y a partir de ese año 2009 y hasta el 2013 hay un incremento considerable de personas extranjeras paradas, superando a partir de 2010 el millón de personas. A partir de ese año, vuelve a cifras más similares a años anteriores.

Sin embargo, las personas activas no tienen esa variación tan grande durante esos años, lo que puede corresponder no solo a personas con trabajo, sino también a personas apuntadas en el paro.

Si atendemos a la nacionalidad de la población activa en Andalucía encontramos que la población activa más numerosa dentro de las personas procedentes de Latinoamérica.

En el mismo informe elaborado por el Colectivo loé citado anteriormente, "Impactos de la crisis sobre la población inmigrante en España" (31), se muestran datos también que

Tabla 19: Personas activas por nacionalidad, sexo y grupo de edad. Unidades: Miles Personas
Fuente: INE. EPA (terceros trimestres). Elaboración: OPAM

NACIONALIDAD	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Española	19.388,5	19.427,9	19.529,3	19.626,9	19.728,8	19.687,6	19.634,7	19.566,0	19.436,7	19.333,8
Doble nacionalidad	240,0	288,6	337,5	395,1	426,0	444,9	503,4	611,5	686,3	678,0
Extranjera: Total	3.437,1	3.544,0	3.497,8	3.412,2	3.288,9	3.057,7	2.816,5	2.744,6	2.699,8	2.729,9
Extranjera: Unión Europea	1.017,0	1.059,2	1.067,1	1.040,3	1.055,0	1.038,3	1.045,6	989,1	1.005,7	1.018,4
Extranjera: Resto de Europa	132,3	119,4	140,1	159,8	150,2	129,9	126,1	165,5	123,7	140,9
Extranjera: América Latina	1.594,8	1.627,8	1.552,7	1.442,5	1.285,0	1.087,1	905,7	792,8	799,7	830,4
Extranjera: Resto del mundo y apátrida	693,0	737,6	737,9	769,6	798,8	802,3	739,1	797,2	770,7	740,1

ponen de manifiesto las diferencias de salud y factores que inciden en la misma entre población migrante y autóctona, mostrando que ha aumentado en cuanto a indicadores de empleo, ingresos y protección social.

El informe, elaborado a partir de una amplia variedad de fuentes oficiales, revela un deterioro del clima de la opinión pública con respecto a la migración extranjera y un incremento de la preocupación entre entidades de solidaridad y de colectivos migrantes. Este informe muestra, en relación a las tasas de ocupación de los trabajadores autóctonos, que éstos han tenido siempre más oportunidades de empleo, y que estas oportunidades se ampliaron durante la crisis para las personas autóctonas. Durante el ciclo en el que se aumentaron considerablemente las oportunidades laborales, éstas fueron mucho más favorables para personas autóctonas y se mantuvo para las personas migrantes; al llegar la crisis descendió para todas ellas, pero especialmente para las personas migrantes (de 83 a 68,5%) y en mayor medida para las Africanas (de 74 a 51%). Las más perjudicadas son las mujeres de África y los hombres de América Latina y el resto de Europa.

Aunque la situación económica general se aborda más adelante, dentro de un contexto del marco económico del periodo, nos parece importante describir algunos datos respecto a la renta media de las personas extranjeras (y respecto a las españolas), las tasas de riesgo de pobreza y la situación respecto a la vivienda.

Se puede observar que hay una diferencia considerable entre la renta de las personas españolas y las extranjeras en general, siendo la de las personas de fuera de la Unión Europea las que tienen la renta más baja. En el caso de Andalucía, sin embargo, podemos observar que la diferencia entre la población andaluza y el resto de personas extranjeras.

Tabla 20: Renta media por persona y unidad de consumo por nacionalidad (personas de 16 y más años).
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

	Año	Española	Extranjera (Unión Europea)	Extranjera (Resto del mundo)	Andalucía
Renta media por persona	2008	11.779	8.093	6.268	9.007
	2009	12.414	8.611	6.730	9.406
	2010	12.410	8.050	6.899	9.293
	2011	11.864	8.933	6.341	8.764
	2012	11.844	8.504	6.063	8.845
	2013	11.581	7.926	5.998	8.408
	2014	11.301	7.694	5.720	8.079
	2015	11.281	8.263	5.707	7.942
	2016	11.585	8.744	6.153	8.398

Otro resultado interesante es ver que aunque la evolución de renta para todas las poblaciones entre 2009 y 2015 es descendente, la diferencia entre grupos aumenta.

Si atendemos a las tasa de riesgo de pobreza, vemos que la diferencia se dispara entre la población y la extranjera, siendo la diferencia entre las diferentes nacionalidades que no son españolas más pequeña. En esta tasa de pobreza también observamos una diferencia considerable entre las medias españolas y andaluza, y levemente una diferencia más pequeña entre los resultados de Andalucía y resto de extranjeros.

Tabla 21: Tasa de riesgo de pobreza por nacionalidad (personas de 16 y más años). Unidades: Porcentaje
Fuente: INE

	Año	Española	Extranjera (Unión Europea)	Extranjera (Resto del mundo)	Andalucía
Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la entrevista)	2008	15,6	41,5	44,3	27,3
	2009	16,5	35,4	41,5	28,8
	2010	16,7	36,4	43,2	28,3
	2011	16,8	29,6	48,4	30,7
	2012	16,6	36,0	49,9	28,3
	2013	16,5	35,1	47,8	29,1
	2014	18,4	35,7	55,4	33,3
	2015	18,8	33,3	55,3	35,7
	2016	18,8	40,3	52,1	35,4
Tasa de riesgo de pobreza (con alquiler imputado) (renta del año anterior a la entrevista)	2008	11,1	43,6	51,1	22,1
	2009	11,8	36,8	47,8	22,9
	2010	12,3	37,0	48,1	22,9
	2011	12,5	29,7	53,9	25,6
	2012	13,5	34,2	55,1	24,4
	2013	13,4	36,2	56,4	26,6
	2014	15,1	38,6	58,3	29,0
	2015	15,2	32,0	59,7	30,0
	2016	15,1	46,7	56,6	30,3

En cuanto a los resultados relativos a los hogares y la condición en que las personas habitan en ellos, vemos que los datos respecto a la propiedad de las viviendas varían mucho menos entre los españoles y los andaluces que entre estos y todas las personas extranjeras, tanto de la Unión Europea como del resto del mundo. Entre las personas extranjeras, se puede decir que es casi el doble de personas de la UE las que tiene vivienda en propiedad respecto a personas procedentes del resto del mundo.

Relativo a los alquileres, la diferencia más amplia la vemos es entre personas extranjeras y el precio del alquiler; podemos observar que son las personas extranjeras quienes pagan

los precios más ajustados al precio del mercado, mientras que la diferencia es menor cuando vemos los precios por debajo el mercado.

Dentro de los resultados relativos a las condiciones de vida y tasa de riesgo pobreza o exclusión social y sus componentes, los valores más preocupantes son aquellos relativos

Tabla 22: Hogares por régimen de tenencia de la vivienda y nacionalidad de la persona de referencia. Unidades: Porcentaje de hogares (Notas: La persona de referencia es la persona responsable de la vivienda.)

Fuente: INE

	Año	Española	Extranjera (Unión Europea)	Extranjera (Resto del mundo)	Andalucía
Propiedad	2008	84,4	42,9	28,9	80,1
	2009	84,2	45,7	28,5	82,0
	2010	84,1	53,1	26,3	82,7
	2011	84,7	45,8	26,6	82,9
	2012	84,2	47,4	25,1	81,9
	2013	82,7	41,0	22,0	78,1
	2014	81,8	43,1	23,3	78,7
	2015	81,2	39,6	18,5	79,6
	2016	81,2	38,8	18,1	79,9
Alquiler a precio de mercado	2008	6,1	53,8	61,1	8,1
	2009	6,1	51,5	62,2	7,1
	2010	6,6	42,3	62,7	7,4
	2011	6,6	50,0	68,3	9,0
	2012	6,8	46,3	67,1	7,5
	2013	7,8	55,0	67,4	9,3
	2014	8,5	53,8	65,5	7,8
	2015	9,0	56,9	70,2	6,4
	2016	9,7	57,8	68,8	8,3
Alquiler inferior al precio de mercado	2008	3,0	1,8	7,7	3,0
	2009	3,1	2,1	6,7	3,2
	2010	2,8	1,5	8,6	2,7
	2011	2,9	1,6	2,4	2,4
	2012	2,6	2,0	2,5	2,3
	2013	2,5	1,5	2,5	3,9
	2014	2,5	1,1	3,0	4,2
	2015	2,5	0,7	3,8	4,5
	2016	2,3	1,1	7,6	5,0
Cesión gratuita	2008	6,5	1,6	2,3	8,8
	2009	6,6	0,6	2,6	7,7
	2010	6,5	3,1	2,4	7,3
	2011	5,8	2,6	2,7	5,7
	2012	6,4	4,4	5,4	8,3
	2013	7,0	2,5	8,0	8,7
	2014	7,1	2,0	8,2	9,3
	2015	7,3	2,8	7,5	9,4
	2016	6,7	2,3	5,5	6,9

Tabla 24: Datos relativos a indicadores de pobreza en Andalucía. Periodo 2008-2016.

Fuente: INE

Año	Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE)	En riesgo de pobreza (renta año anterior a la entrevista)	Con carencia material severa	Viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (de 0 a 59 años)
2008	31,6	27,3	5,4	10,1
2009	33,3	28,8	5,7	11,4
2010	35,0	28,3	5,6	14,7
2011	38,4	30,7	6,3	20,1
2012	36,9	28,3	7,5	20,6
2013	38,3	29,1	7,0	25,3
2014	42,3	33,3	9,5	27,4
2015	43,2	35,7	8,0	24,9
2016	41,7	35,4	7,1	23,5

71

a la población Andaluza. La sociedad Andaluza no solo ha ido evolucionando a mayor pobreza, sino también a mayor intensidad de pobreza.

Podemos observar cómo el indicador AROPE⁸ aumenta sin cesar desde el año 2008 en Andalucía, así como el resto de elementos sobre los que se tiene resultados.

Por lo tanto, observamos que el contexto social y económico donde habitan las personas migrantes participantes en esta investigación es un contexto difícil. A estos indicadores habría que añadir que las personas migrantes, en su mayoría, carecen de factores protectores como pueden ser los ahorros o bienes en propiedad. La mayoría de personas migrantes disponen de menores volúmenes de ahorro, puesto que en muchos casos la renta suelen enviar remesas a su familia en origen (31). Además, la población migrante suele ser, también en la mayoría de los casos población joven, y se suele caracterizar por tener el salario como única fuente de ingreso.

Por último, algunos datos relativos a la carencia material⁹ por nacionalidades. Estos datos se obtienen a nivel nacional y podemos observar que, claramente, son las personas con nacionalidad extranjera y dentro de ellas las de países de fuera de la UE quienes sufren mayores carencias materiales.

8 El indicador AROPE desarrollado en Notas y definiciones de términos en Anexo 3

9 Carencia material. En la Encuesta de Condiciones de Vida la carencia material es la proporción de la población que vive en hogares que carecen al menos de tres conceptos de los nueve siguientes:

- 1) No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año.
- 2) No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días.
- 3) No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada.
- 4) No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 euros).
- 5) Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler; recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses.
- 6) No puede permitirse disponer de un automóvil.
- 7) No puede permitirse disponer de teléfono.
- 8) No puede permitirse disponer de un televisor.
- 9) No puede permitirse disponer de una lavadora.

FUENTE DE LA DEFINICIÓN: INE

Tabla 25: Datos de carencia material por grupos de edad y periodo en España. Periodo 2008-2016. Carencia material de personas de 16 años y más, nacionalidad y periodo.

Fuente: INE

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año	40,4	41,4	46,1	47,6	46,3	40,6	42,3	41,5	35,6
	39,6	40,5	44,9	45,8	44,7	38,4	40,1	39,3	33,7
	43,0	43,2	50,6	47,4	47,0	41,7	49,1	43,9	36,0
	53,3	58,3	65,9	70,2	64,4	67,2	63,9	66,5	58,1
No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días	2,8	2,5	3,1	3,4	2,6	3,2	2,6	2,1	2,1
	2,6	2,4	2,9	3,0	2,2	3,0	2,3	1,5	1,9
	6,6	1,7	3,1	4,4	2,7	1,4	5,9	6,4	2,1
	4,5	3,6	8,0	8,2	7,0	6,8	4,5	6,9	4,8
No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada	9,9	10,4	11,0	7,9	9,0	6,4	7,6	7,0	5,8
	8,9	8,9	10,0	6,7	8,1	5,6	7,0	5,9	4,6
	20,8	22,0	14,6	10,9	10,4	9,0	6,2	9,7	5,6
	21,3	31,7	26,2	22,0	19,7	16,1	14,9	18,7	19,4
No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos	38,0	39,1	42,0	41,1	41,4	36,9	38,0	35,6	29,1
	36,0	37,0	39,6	38,1	38,6	33,7	35,0	32,1	26,2
	49,1	50,9	63,9	53,4	49,4	51,3	46,3	50,5	39,4
	68,2	72,0	72,0	74,7	71,4	69,3	70,0	70,0	60,0
Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) en los últimos 12 meses	9,1	10,1	10,8	9,9	9,2	7,3	9,3	8,6	6,4
	8,0	8,4	9,3	8,3	7,8	5,9	7,1	6,7	5,0
	23,4	30,4	26,5	18,3	14,0	14,6	15,1	13,8	9,5
	20,2	29,5	29,2	26,5	24,5	21,9	33,0	29,1	21,0
No puede permitirse disponer de un automóvil	5,9	5,6	5,8	6,0	5,7	5,5	5,5	5,5	5,5
	4,7	4,6	4,7	4,5	4,0	3,7	3,6	3,7	3,7
	11,5	9,6	14,1	10,7	8,3	6,5	9,7	10,9	10,1
	24,8	22,3	21,2	22,9	24,3	28,4	26,7	25,0	25,6
No puede permitirse disponer de un ordenador personal	6,5	6,5	6,6	6,2	6,0	5,1	6,9	7,4	8,2
	5,5	5,6	5,8	5,1	4,8	3,9	5,3	5,8	6,3
	11,6	5,2	9,9	8,3	9,4	7,6	14,0	14,9	14,0
	22,4	25,5	19,2	19,2	19,1	19,0	22,8	23,8	28,4

	Total
	Española
	Extranjera (Unión Europea)
	Extranjera (Resto del mundo)

3 Contexto político-económico

El contexto temporal de la mayor parte de esta investigación, sobre todo el periodo comprendido entre los años 2008 y 2014, coincide plenamente con la llamada “crisis económica” en España.

La crisis económica fue caracterizada por un declive en los principales indicadores macroeconómicos¹⁰ como el PIB (Producto Interior Bruto), indicadores de empleo o la renta nacional. La crisis española estalló unos meses después de la gran crisis económica mundial, que se inició con la quiebra de alguna de las entidades financieras estadounidenses que se dedicaban a la titulización de activos¹¹ y al crédito hipotecario. Todo ello ocurría en la segunda mitad del año 2007, cuando también en Europa alguno de los principales bancos como en BNP Paribas suspendían varios fondos de inversión por falta de crédito.

Las entidades financieras de todo el mundo comenzaban a vender títulos de otros valores para obtener liquidez, lo que trajo en consecuencia caídas de bolsa en todo el mundo. Los principales bancos centrales a nivel mundial, como el Banco Central Europeo, el banco de Japón, el Banco de Canadá o el Banco de Inglaterra entre otros, realizaron un acuerdo para inyectar millones de euros y así generar liquidez a estas entidades financieras.

Mientras tanto, en España, comenzaba a estallar la burbuja inmobiliaria, y la inflación¹² superaba el 4% debido al encarecimiento del petróleo y los alimentos básicos. Por otro lado, en el primer trimestre de este año se registraron 400mil parados más y se acusó el descenso de hipotecas concedidas, el consumo medio en los hogares y la recaudación del IVA.

El gobierno trató de reducir la recesión económica con varias medidas como una inyección de gasto público de 10.000 millones de euros, incluidos los 6000 euros dedicados a rebajas y modificaciones tributarias (por ejemplo: deducción de 400 euros a personas asalariadas, pensionistas y autónomas; el nuevo régimen de devolución mensual del IVA; modificaciones que flexibilizaron los criterios en la solicitud de aplazamientos en el pago de los impuestos, con el fin de extender a un mayor número de contribuyentes esta posibilidad). Todas estas medidas ocurrían el año 2007, cuando todavía no se consideraba que se había iniciado una crisis económica.

Por fin, a mediados del año 2008 el gobierno reconoció la situación de crisis y se puso de manifiesto de forma evidente el parón de ventas en el sector inmobiliario, la

10 Notas y definiciones de términos anexo 3

11 Notas y definiciones de términos anexo 3

12 Notas y definiciones de términos anexo 3

restricción de crédito y la falta de confianza en la recuperación. En octubre de este año se anunciaba el aumento del Fondo de Garantía de Depósitos españoles en caso de quiebra de entidades bancarias, pasando de 20.000 a 100.000 euros.

Líderes europeos de la Eurozona¹³ aprobaron en ese momento una ayuda conjunta de más de un billón de euros (100mil millones) para garantizar avales bancarios por parte de España.

En septiembre de 2008, Lehman Brothers, el cuarto banco de inversión más grande de Estados Unidos entraba en quiebra, lo que supuso un símbolo inequívoco de la crisis económica y financiera mundial. A finales de 2008, con alrededor de 3 millones de personas paradas, la economía española entraba en recesión, el PIB descendió un 1,1 %.

En el año 2009, se presentó una de las actuaciones más característica del gobierno español, liderado en aquel momento por el PSOE, con José Luis Rodríguez Zapatero, el Plan Español para el Estímulo de la Economía y el Empleo (Plan E). Este plan consistió en crear un fondo de 3.000 millones de euros para sectores estratégicos como la industria de la automoción, I+D, etc. Este plan, también llamado “Plan Zapatero”, comenzó a aplicarse a partir de marzo de 2010. Además de ello, en el año 2009, se generó un fondo de inversión local de 8.000 millones de euros en obras públicas. Este año se presentó la subida del IVA que se pondría en marcha a partir del 2010, de esta manera, el IVA de carácter general subía del 16% al 18 % a partir del 1 de julio de 2010, mientras que el IVA reducido del 7 al 8%. El IVA súper reducido, el que se aplica a los alimentos básicos, se mantendría en el 4%. Ese año se anunciaba también una reforma fiscal en el que se suprimían los 400 euros de rebaja aplicados anteriormente a algunos colectivos.

Por último, en el año 2009 se aprobó la Ley de Economía Sostenible (32). Esta Ley trataba de impulsar la renovación de nuestro tejido productivo muy dañado como consecuencia de la grave crisis financiera y económica internacional en la que el país estaba inmerso y que, especialmente, había afectado al sector de la construcción y a la pérdida de empleos en general.

Durante el año 2010, España alcanzó un déficit público del 11,2% y una tasa de paro del 20,1%, con más de 4,5 millones de personas paradas. España no estaba intervenida por la Comisión Europea, Banco Central Europeo o Fondo Monetario internacional, pero sí sujeta a un severo plan de ajustes.

Todos los países de la Unión Europea estaban siendo afectados por la crisis debido al elevado déficit que estaban acusando todos ellos, por ello se adoptaron pactos y medidas

13 Notas y definiciones de términos anexo 3

para combatirlo. Los países de la UE debían respetar los acuerdos tomados en el Pacto de Estabilidad y Crecimiento, que situaba el déficit público en un máximo del 3%.

En este momento comenzaron los recortes económicos del gasto social. El primer gran recorte se da en mayo de 2010, con un recorte de 15.000 millones de euros. En septiembre de este año se aprobó la primera reforma laboral más restrictiva con medidas relativas a modificaciones a la extinción del contrato de trabajo por causas objetivas (tanto individual como colectiva) o la no aplicación del régimen salarial del convenio colectivo del sector en algunas empresas en crisis. Medidas como estas modificaban sustancialmente los derechos adquiridos históricamente por las personas trabajadoras.

En mayo de 2010 se aprobaba el **Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo**, por el que se *“contemplan las medidas extraordinarias adoptadas para dar cumplimiento al compromiso del Gobierno de acelerar, en 2010 y 2011, la reducción del déficit inicialmente prevista”*.(33)

Este RDL contemplaba las siguientes medidas, entre otras:

- En el sector público: Reducción de retribuciones de personal del sector público en un 5% de media en 2010 y congelación en 2011. La rebaja se daba en proporción a los ingresos. Se acompañó con una bajada de sueldo de una 15% a los miembros del gobierno.
- Revalorización de las pensiones: Suspender para 2011 la revalorización de las pensiones excluyendo las no contributivas y las pensiones mínimas.
- Jubilación parcial: Eliminar el régimen transitorio para la jubilación parcial previsto en la Ley 40/2007.
- Ayuda de 2.500 Euros: Eliminar la prestación por nacimiento de 2.500 euros a partir del 1 de enero de 2011.

Como vemos hasta ahora, la crisis tiene un marcado componente económico que desencadenó una repercusión social muy profunda. El año 2011 es un año decisivo para la crisis sistémica. El Banco Central Europeo compra la deuda pública española (y también la italiana). Pero el gobierno español tuvo que aceptar a cambio la imposición de algunas reformas: se produce entonces una reforma laboral profunda, se elimina la vinculación de los salarios a la inflación (y se vinculan a productividad), subida de impuestos y se activan reformas en energía, alquiler de viviendas y servicios profesionales.

En agosto de este año ocurre un hito histórico sin precedentes, PPY PSOE pactan una reforma de la Constitución, concretamente del artículo 135, que fija un tope de déficit del 0,4% a partir del año 2020.

ARTÍCULO 135 (HASTA 2011)

1. El Gobierno habrá de estar autorizado por Ley para emitir Deuda Pública o contraer crédito.
2. Los créditos para satisfacer el pago de intereses y capital de la Deuda Pública del Estado se entenderán siempre incluidos en el estado de gastos de los presupuestos y no podrán ser objeto de enmienda o modificación, mientras se ajusten a las condiciones de la Ley de emisión.

ARTÍCULO 135 VIGENTE (DESDE SEPTIEMBRE DE 2011)

1. Todas las Administraciones Públicas adecuarán sus actuaciones al principio de estabilidad presupuestaria.
2. El Estado y las Comunidades Autónomas no podrán incurrir en un déficit estructural que supere los márgenes establecidos, en su caso, por la Unión Europea para sus Estados Miembros.
 - a) Una Ley Orgánica fijará el déficit estructural máximo permitido al Estado y a las Comunidades Autónomas, en relación con su producto interior bruto. Las Entidades Locales deberán presentar equilibrio presupuestario.
 - b) La actual situación económica y financiera no ha hecho sino reforzar la conveniencia de llevar el principio de referencia a nuestra Constitución
3. El Estado y las Comunidades Autónomas habrán de estar autorizados por Ley para emitir deuda pública o contraer crédito.
4. Los créditos para satisfacer los intereses y el capital de la deuda pública de las Administraciones se entenderán siempre incluidos en el estado de gastos de sus presupuestos y su pago gozará de prioridad absoluta. Estos créditos no podrán ser objeto de enmienda o modificación, mientras se ajusten a las condiciones de la Ley de emisión.
5. El volumen de deuda pública del conjunto de las Administraciones Públicas en relación al producto interior bruto del Estado no podrá superar el valor de referencia establecido en el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.
6. Los límites de déficit estructural y de volumen de deuda pública sólo podrán superarse en caso de catástrofes naturales, recesión económica o situaciones de emergencia extraordinaria que escapen al control del Estado y perjudiquen considerablemente la situación financiera o la sostenibilidad económica o social del Estado, apreciadas por la mayoría absoluta de los miembros del Congreso de los Diputados.
7. Una Ley Orgánica desarrollará los principios a que se refiere este artículo, así como la participación, en los procedimientos respectivos, de los órganos de coordinación institucional entre las Administraciones Públicas en materia de política fiscal y financiera. En todo caso, regulará:

ARTÍCULO 135 VIGENTE (DESDE SEPTIEMBRE DE 2011)

- a) La distribución de los límites de déficit y de deuda entre las distintas Administraciones Públicas, los supuestos excepcionales de superación de los mismos y la forma y plazo de corrección de las desviaciones que sobre uno y otro pudieran producirse.
 - b) La metodología y el procedimiento para el cálculo del déficit estructural.
 - c) La responsabilidad de cada Administración Pública en caso de incumplimiento de los objetivos de estabilidad presupuestaria.
8. Las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus respectivos Estatutos y dentro de los límites a que se refiere este artículo, adoptarán las disposiciones que procedan para la aplicación efectiva del principio de estabilidad en sus normas y decisiones presupuestarias.

A partir de este momento, ocurre un importante cambio de gobierno. Con 4 meses de adelanto, se celebran las elecciones generales y el Partido Popular (PP), presidido por Mariano Rajoy, obtiene una considerable mayoría absoluta en el Congreso de los Diputados y un 44,63% de los votos. La crisis pasa factura a Rodríguez Zapatero y al Partido Socialista Obrero Español (PSOE) que obtiene su peor resultado desde la restauración de la democracia 110 años (59 menos que 2008).

Con el nuevo gobierno siguen sucediéndose una serie de ajustes y recortes económicos como:

- **Diciembre 2011**: subida de impuestos y reducción del gasto público.
- **Marzo de 2012**: ajuste suplementario de 15.000 millones de euros, aumentados en 5000 millones de euros en recortes.
- Los presupuestos generales del estado **el mismo marzo** establecen otro recorte del gasto público de 13,4000 millones de euros y una nueva subida de impuestos. En estos presupuestos se prevé un recorte en Educación de 3000 millones de euros y 7000 millos de euros de recorte para sanidad.
- **En abril** se aprueba otro recorte adicional de 10.000 millos de euros.

En este momento temporal es donde se enmarca el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril (34), de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que presenta medidas en las siguientes cuestiones:

- **CAPÍTULO I**. De la asistencia sanitaria en España
 - › Artículo 1. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- **CAPÍTULO II.** De la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud
 - › Artículo 2. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- **CAPÍTULO III.** Medidas de cohesión y de garantía financiera del Sistema Nacional de Salud
 - › Artículo 3. Fondo de Garantía Asistencial.
- **CAPÍTULO IV.** Medidas sobre la prestación farmacéutica
 - › Artículo 4. Modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
 - › Artículo 5. Modificación del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.
 - › Artículo 6. Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos.
 - › Artículo 7. Manipulación y adecuación de preparaciones de medicamentos.
- **CAPÍTULO V.** Medidas en materia de recursos humanos
 - › Artículo 8. Modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
 - › Artículo 9. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
 - › Artículo 10. Modificación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

En el preámbulo de este Real Decreto Ley 16/2012 podemos leer *“La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.*

Sin embargo, la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los

recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista.”

Ese mismo año 2012 se sucedieron otra subida de impuestos y reducción del gasto público, así como una segunda reforma laboral. Dicha reforma incluía modificaciones en la contratación, clasificación profesional, condiciones de trabajo en negociación colectiva y reducción de la indemnización por despido improcedente de 45 días por año trabajado a 33. Esta reforma incluía también la autorización de las ETTs como agencias de colocación.

Este mismo año 2012 se realizará un nuevo ajuste por 65.000 millones de euros previstos en dos años.

79

En Marzo del año 2012 el ejecutivo del PP aprobó una amnistía fiscal por la que las personas que estaban defraudando pudieron hacer aflorar su dinero, pagando tan solo el 10% de lo regularizado. Al final de 2012, cuando terminó el plazo, Hacienda solo había ingresado 1.200 millones, la mitad de lo que habían previsto, según información publicada por el periódico el País a final de julio de ese año¹⁴.

Este mismo año en Julio de 2012, la prima de riesgo llegó en verano hasta el techo de 650 puntos. El 20 de julio se produjo el rescate financiero a los bancos. Los miembros del equipo de Rajoy nunca quisieron llamarle rescate. Europa hacía un préstamo a España de 100.000 millones.

En abril, se produjo un récord de paro. En este momento, el primer trimestre de 2013 presentaba una cifra récord de 6.200.000 parados, un 27,16% de la población activa.

En enero del 2013 entra en vigor el retraso de la jubilación de 65 a 67 años, prevista en la reforma del sistema de pensiones aprobada en el año 2011. En esta reforma serán necesarios 37 años de cotización para poder cobrar el 100% de la pensión, anteriormente en 35 años. (Salvo aquellas personas que en el momento de la reforma con 65 años hubieran cotizado 38,5 años). La edad de prejubilación pasa también de 61 a 63 años.

Todas estas reformas y medidas de ajuste en los diferentes ámbitos sociales, como vemos en las reformas laborales y en los ajustes económicos y restrictivos de acceso a los servicios públicos, como la sanidad, manifiestan profundos cambios de modelo que se reflejarán en el día a día de las personas que residen en el estado español.

En el año 2014, comienza a consolidarse el proceso de recuperación de la economía española iniciado a mediados de 2013.

14 https://politica.elpais.com/politica/2015/07/30/actualidad/1438265664_307996.html

Según lo publicado en medios a nivel estatal, el informe de “informe de situación de la economía Española” (35) publicado por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas” en el año 2015 las “reformas estructurales llevadas a cabo en los últimos años, tanto en el mercado de trabajo, como en el sistema financiero, en el mercado interior o en el sistema fiscal, han sido decisivas para lograr un crecimiento económico sostenible y equilibrado. Estas reformas han permitido al mismo tiempo un mejor aprovechamiento de los impulsos externos derivados de la reducción del precio del petróleo, las medidas expansivas de política monetaria llevadas a cabo por el BCE, la depreciación del euro y las perspectivas de mayor crecimiento de nuestros principales socios comerciales. De esta forma, en 2014 se afianzó la recuperación de la economía española, registrando el PIB tasas intertrimestrales positivas con trayectoria ascendente en los cuatro trimestres (0,3%, 0,5%, 0,5% y 0,7%) y cerrando el conjunto del año con un avance medio anual del 1,4%...”.

Estos resultados no fueron compartidos por los principales partidos de la oposición ni los sindicatos mayoritarios. Comisiones Obreras (C.C.O.O.) publicaba su Informe sobre presupuestos sanitarios de las CCAA, informe anual con el análisis de los presupuestos, bajo el título “¿Por qué le llaman austeridad si quieren decir recortes?” en el que acusaban al gobierno, entre otras cosas, de que “la apuesta por un modelo de crecimiento más productivo no genera muchas opciones para los parados con bajo nivel de empleabilidad, que constituyen el grueso del desempleo estructural, y que ya han visto cómo se reducían sus oportunidades por la ausencia del sector de la construcción en la actual salida de la crisis. Si, por el contrario, se impulsa un modelo más intensivo en empleo, se corre el riesgo de aumentar el desequilibrio exterior y el endeudamiento, en particular, en un contexto de crecimiento débil de la demanda externa europea” y “La respuesta del actual Gobierno se centra en dos de los vértices del trilema, (lucha contra el paro y contención del endeudamiento), e ignora la transición hacia una economía más productiva...” (36)

Entre las principales conclusiones de este informe se destacaban las políticas de reducción del gasto sanitario, de casi 7.000 millones de euros menos en los presupuestos sanitarios iniciales de las CCAA del año 2014 respecto a los de 2010. De este informe se desprenden las importantes consecuencias sobre las condiciones laborales de sus profesionales, sobre la salud de la ciudadanía y sobre la economía de este país. Todo ello se presenta como una consecuencia de una política de continuos recortes y reformas que hemos ido describiendo tanto desde el Gobierno central como de los gobiernos autonómicos y que tuvieron importantes repercusiones en el SNS y en los sistemas sanitarios autonómicos.

Por lo tanto, hasta este momento, parecía que los datos macroeconómicos indicaban la consolidación y mejora de la economía española, aunque el año 2015 alcanzó la mejor

situación respecto al PIB de los últimos años. El Instituto Nacional de Estadística (INE), según información publicada en septiembre de 2017, en 2016 el Producto Interior Bruto (PIB) creció una décima más de lo que se estimó en un principio, dando lugar a un aumento en marzo del 3,3%, consolidando el crecimiento de la economía española hasta la actualidad.

A continuación se presenta la caracterización del periodo en cifras:

Si observamos los datos relativos a las tasas anuales de Producto Interior Bruto, vemos que entre los años 2008 y 2013 España sufrió una recesión económica muy importante, siendo el año 2010 el único año sin PIB negativo.

Gráfico 20: Tasas anuales de PIB (Producto Interior Bruto) en España. Periodo 2008-2017
Fuente: INE

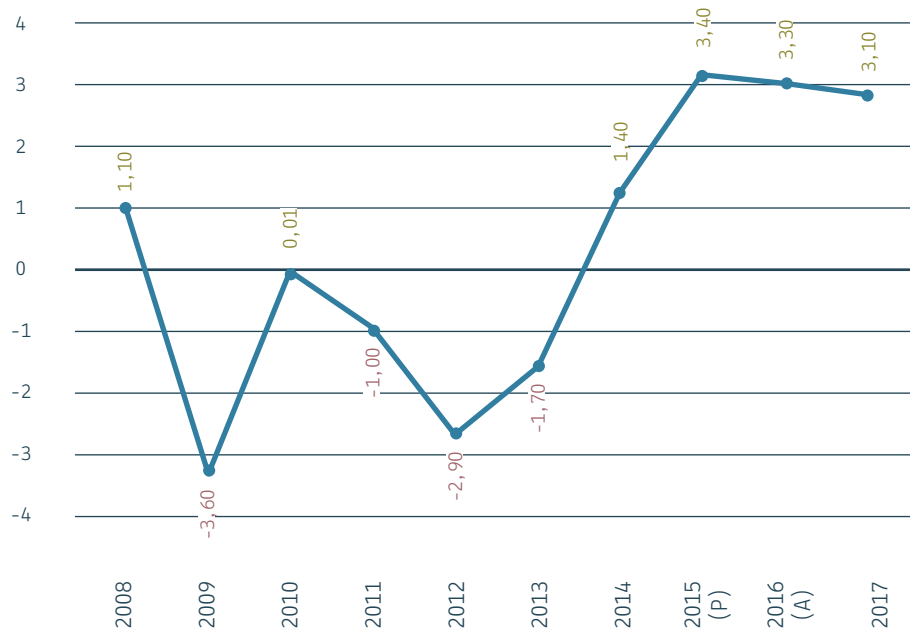
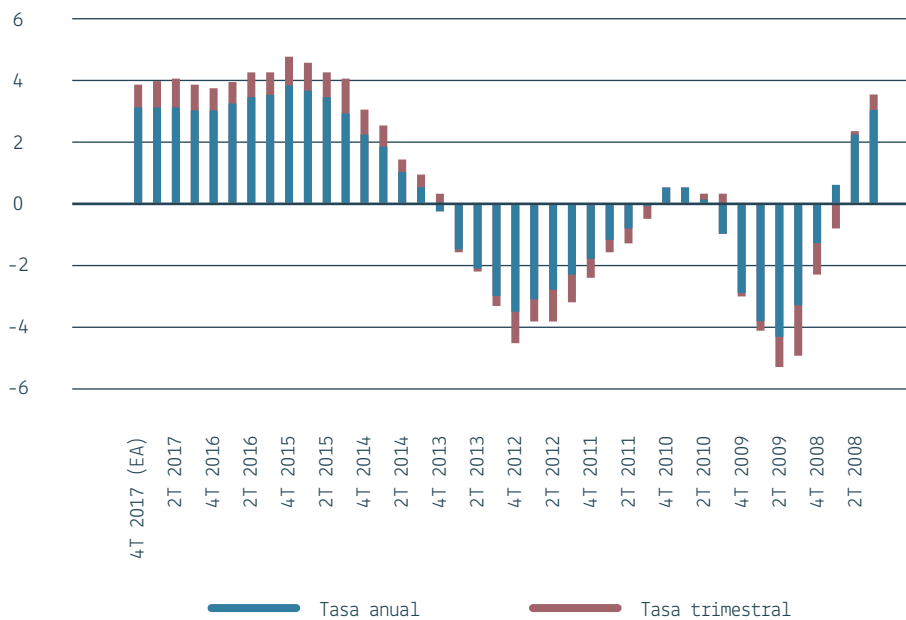


Gráfico 21: Producto Interior Bruto (PIB) en datos trimestrales. Periodo 2008-2017



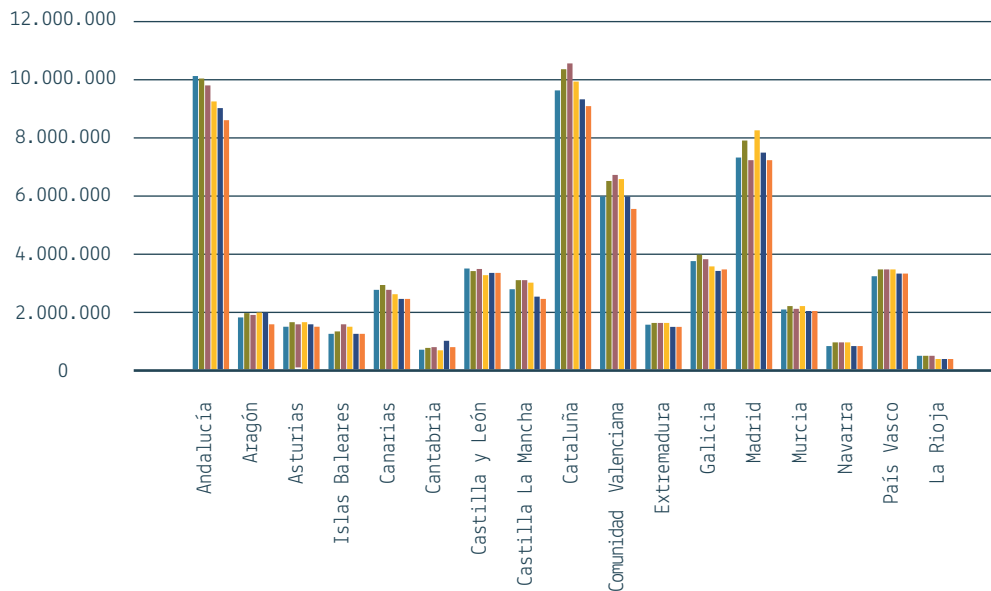
3.1. El gasto en sanidad

En este contexto, es muy importante hablar del gasto presupuestado y realizado en el sistema sanitario público. Como era de esperar, el contexto de crisis económica en España ha supuesto el descenso paulatino del presupuesto sanitario desde 2010, y todavía en la actualidad, los presupuestos siguen estando mermado en relación al aporte que se le da a la atención sanitaria pública de la población.

El gasto sanitario comienza a ser descendiente a partir del año 2009, Según datos aportados por la página web "Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España", de la Escuela Andaluza de Salud Pública (37). El descenso se basa fundamentalmente en el gasto en sanidad en las administraciones públicas, mientras que el gasto sanitario privado se mantiene, cuestión importante a tener en cuenta en relación al contexto político. El gasto sanitario público por habitante disminuye en todo el estado, aunque no igual en todas las CCAA. Andalucía es una de las CCAA donde más ha disminuido el gasto, así como vemos en los siguientes datos.

Como podemos observar en el gráfico, todas las CCAA presentan una pérdida de gasto en el Sistema Sanitario Público, sin embargo, es en Andalucía donde esa bajada se acusa en mayor medida.

Gráfico 22: Gasto sanitario público por CCAA. Total consolidado. Periodo 2008-2013



Gasto sanitario público. Total consolidado (sin corporaciones locales). Años:

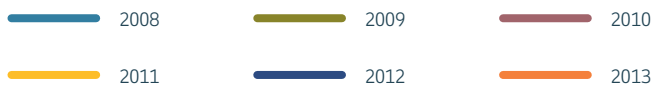
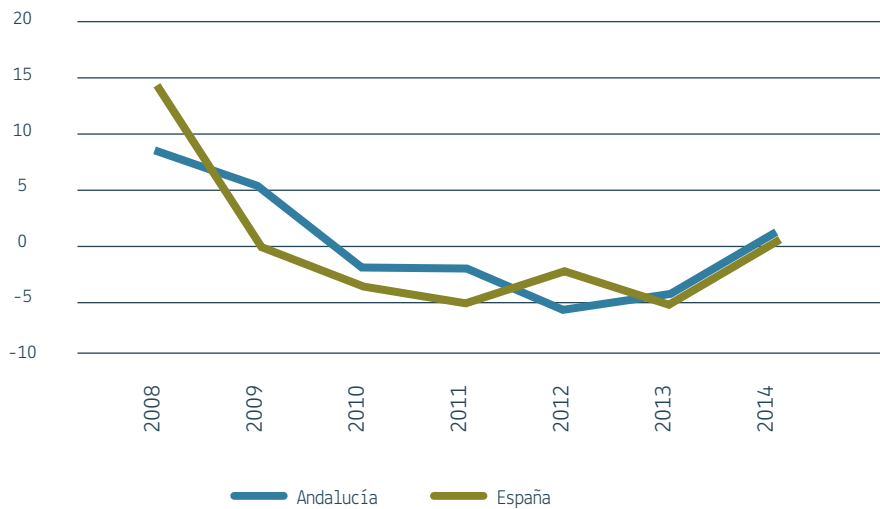


Gráfico 23: La variación interanual del gasto sanitario consolidado en España y Andalucía. Periodo 2008-2014.



La variación interanual del gasto sanitario consolidado es el porcentaje de variación anual del gasto sanitario público total consolidado, calculado en euros constantes (base 2010).

Al ver estas cifras, podemos preguntarnos por qué partíamos de un gasto sanitario y hemos ido decreciendo años tras año hasta el 2014. De alguna manera lo ocurrido en España, en los años previos a la crisis económica, fue que un crecimiento del gasto sanitario por encima de las variaciones del PIB, lo cual hizo que nos acercáramos a la media de gasto de la Unión Europea. Sin embargo, y con la llegada de la crisis, el gasto sanitario fue siendo recortado de forma notablemente mayor que lo que cayó el PIB.

Otro hecho fue que el gasto sanitario decreció también más que el gasto público total. Y las diferencias entre comunidades eran importantes.

Y por último, otro dato importante es que la Atención Primaria y la Salud Pública fueron el principal objeto de recorte en este periodo 2007-2014, aunque insistiendo en que no todas las CCAA se comportaban de la misma manera.(38)

En el año 2014, el informe de análisis de los presupuestos realizado por La Federación de Sanidad y sectores sociosanitarios de CCOO (36), presentaba unas conclusiones trascendentales sobre la repercusión de las políticas económicas en el SNS y los sistemas sanitarios de las diferentes CCAA. Estas conclusiones fueron publicadas en nota de prensa el 10 de septiembre de 2014, y las exponemos a continuación de forma literal:

- “Es el cuarto año consecutivo en el que el presupuesto sanitario de las comunidades autónomas, tomadas de forma conjunta, se reduce.
- La suma del capítulo I (gastos de personal) del presupuesto sanitario inicial de todas las comunidades autónomas en 2014 se ha reducido respecto al de 2010 en un 7,85%.
- La suma del capítulo VI (inversiones reales) del presupuesto sanitario inicial de todas las comunidades autónomas de 2014 se ha reducido respecto al de 2009 en un 67%. Para recuperar las cifras de 2009, en 2015 habría que incrementar un 300% el presupuesto de 2014 en este capítulo.
- Comparando el presupuesto sanitario 2014 de las CCAA con el más alto del sexenio, constatamos que en 14 CCAA se ha reducido en más del 5%, siendo superior al 15% en 7 de esas y superando el 20% en 2. En el capítulo I hay 16 CCAA que han aplicado una reducción superior al 14%, llegando una de ellas al 20%. Si vemos el capítulo 6, todas están en una reducción superior al 25%, estando 4 CCAA entre el 83 y el 96%.
- En 2 años, de enero de 2012 a enero de 2014, las comunidades autónomas han eliminado más de 19.000 empleos en instituciones sanitarias del SNS.
- Las CCAA han reducido en 2 años (2012 y 2013) el gasto en remuneración de personas asalariadas de la sanidad pública en 2.320 millones de euros.

- A pesar de que el presupuesto sanitario baja, la suma del gasto consolidado de las CCAA en conciertos sanitarios (sin contar a Catalunya) crece de forma constante desde el año 2002 al 2011 y en 2012 (último año con cifras) baja ligerísimamente.
- En 2 años, del 31 de diciembre de 2010 al 31 de diciembre de 2012 (último dato), tenemos en España 4.000 camas menos en funcionamiento en centros sanitarios públicos del SNS, y la ratio por 1000 habitantes ha caído del 2,51 al 2,41.
- En 2012 (último dato oficial) un 10% de las camas instaladas no estaban en funcionamiento, un 3% más que en 2010.
- El tiempo medio en lista de espera quirúrgica ha pasado de 76 días en junio de 2012 a 98 en diciembre de 2013.
- En 2009 el gasto sanitario de las administraciones públicas suponía el 7,20% del PIB, en el año 2012 el 6,67, lo que supone una reducción del 8%.
- En 2012 (último dato oficial) el gasto sanitario de las administraciones públicas en euros por habitante baja un 9,96% respecto al año 2009, mientras que el de los hogares crece en un 10%.
- El Plan Nacional de Reformas 2014 insiste en la colaboración público privada en sanidad y en copago.”

Por tanto, vemos que el año 2014 fue un año clave para analizar el gasto sanitario. El 30 de Abril de ese año se presentaba el Programa Nacional de Reformas 2014 (PNR 2014). Este PNR, tercero que se presentaba desde el comienzo de la crisis, cumplía con el compromiso al que llegaron los Estados miembros de la Unión Europea y la Comisión. Este plan fue especialmente relevante en lo que se refería al gasto sanitario, y se reflejaba en medidas laborales que repercutían no solo a las condiciones laborales del personal sanitario, sino también a la capacidad de atención de los servicios.

De entre las medidas incluidas en el PNR 2014 a nivel laboral, destacamos las siguientes:

Medida Nº I/1.1/10: Reafirmar la consolidación fiscal en las CCAA: reducción de gastos

- Reducción de gastos de personal, farmacéuticos, corrientes en bienes y servicios, transferencias corrientes y de capital, e inversiones.
- Completar las medidas en sanidad previstas en el Real Decreto Ley 16/2012.

Medida Nº I/1.4/27: Análisis del gasto de personal: medidas destinadas a la reducción de los gastos de personal.

- Reducción del absentismo de las personas empleadas públicas: mejora de las prestaciones del sistema general de la Seguridad Social, descuento de la nómina por ausencia al trabajo por enfermedad o accidente que no dé lugar a incapacidad temporal.

- Limitación del tiempo retribuido para realizar funciones sindicales y de representación a lo establecido estrictamente por la normativa laboral.
- Congelación salarial.
- Limitación de la oferta de empleo público (tasa “cero” de reposición y, excepcionalmente, tasa del 10% para las actuaciones que se identifiquen como prioritarias, por ejemplo, lucha contra el fraude y control del gasto público) y amortización de vacantes.
- Se mantiene la ampliación de la jornada laboral en 37,5 horas y la disminución de los días de libre disposición.

En el caso de Andalucía, como observamos en los datos, en el periodo comprendido entre los años 2008 y 2014 disminuyeron paulatinamente el gasto sanitario público (total consolidado) y la tasa de personal tanto en atención primaria como en atención hospitalaria por 1000 habitantes.

ANDALUCÍA			
	Gasto sanitario público. Total consolidado (sin corporaciones locales)	Tasa de personal en atención primaria por 1000 habitantes	Tasa de personal en atención especializada por 1000 habitantes
2008	10.307.068	1,98	8,69
2009	10.275.784	1,85	8,69
2010	10.008.978	1,88	9,3
2011	9.442.263	1,89	9,03
2012	9.222.669	1,89	8,64
2013	8.811.921	1,88	8,48

Tabla 27: Gasto sanitario Andalucía. Periodo 2008-2014 Fuente: Informes para el Análisis del Gasto Sanitario Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Para concluir este apartado, revelamos los datos de presupuesto sanitario que nos da una idea de la importante evolución del gasto sanitario en Andalucía, con una bajada importantísima en gastos de personal, gastos en bienes y servicios e inversión real hasta 2014. Desde el año 2014 parece vislumbrarse una ligera recuperación del gasto, no obstante es importante observar que no alcanza los valores que ya se habían conseguido en años anteriores al 2008.

Tabla 28: Presupuesto Sanitario inicial en Andalucía. Período 2009-2015. Total y desgregado por capítulos (Cifras en miles de euros).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Capítulo 1: Gastos de personal	4.302.513	4.315.976	4.114.406	4.308.706	3.988.043	3.940.289	4.075.302	4.237.047
Capítulo 2: Gastos corrientes en bienes y servicios	2.198.898	2.183.294	2.218.331	2.244.319	2.026.590	1.942.748	1.991.927	2.080.062
Capítulo 3: Gastos financieros	1.252	1.252	23.000	23.000	7.000	41.520	40.602	39.590
Capítulo 4: Transferencias corrientes	2.855.244	2.868.458	2.770.918	2.623.060	2.307.294	2.223.746	2.247.774	2.365.764
Capítulo 5: Fondo de contingencia	0	0	0	0	0	0	0	0
Capítulo 6: Inversiones reales	411.937	402.966	214.040	185.223	72.091	50.643	88.475	79.741
Capítulo 7: Transferencias de capital	56.695	55.434	38.396	35.712	73.962	5.948	14.699	24.570
Capítulo 8: Activos financieros	0	0	0	0	0	0	0	0
Capítulo 9: Pasivos financieros	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	9.826.539	9.827.380	9.379.092	9.420.021	8.474.981	8.204.893	8.458.779	8.826.775

Tabla 29: Presupuesto Sanitario inicial en Andalucía. Período 2009-2015. Total (Cifras en miles de euros).

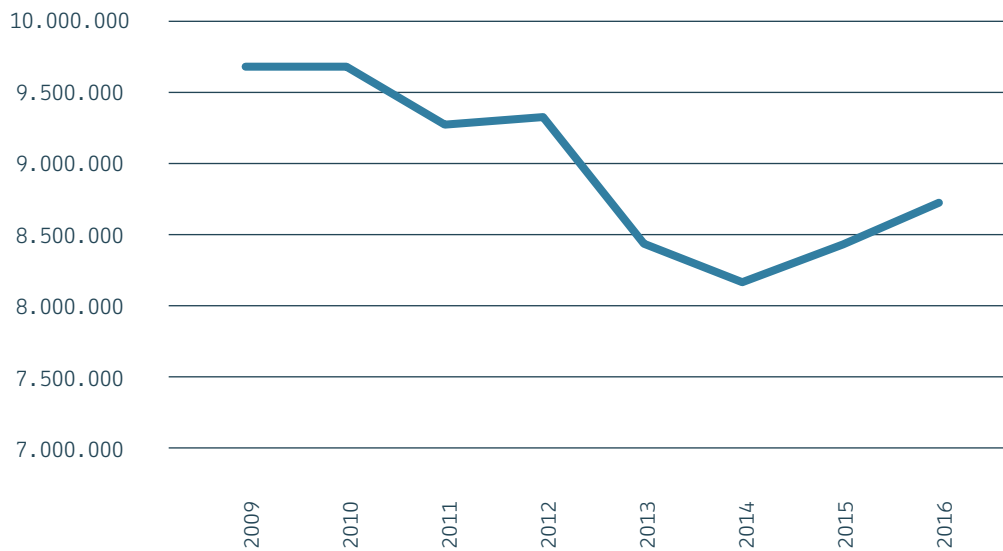


Tabla 30: Presupuesto Sanitario inicial en Andalucía. Período 2009-2015. Capítulo 1 (Cifras en miles de euros).

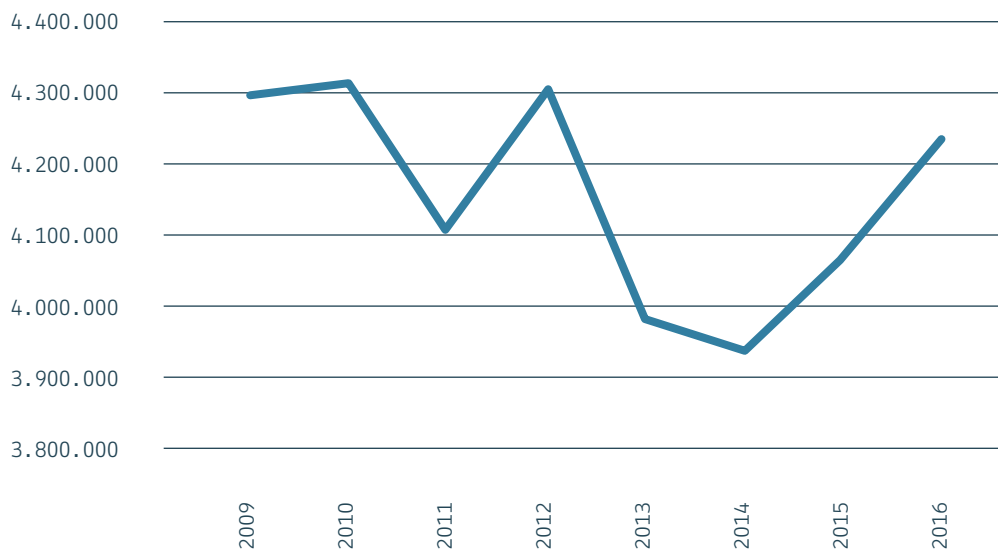


Tabla 31 Presupuesto Sanitario inicial en Andalucía. Período 2009-2015. Capítulo 1 (Cifras en miles de euros).

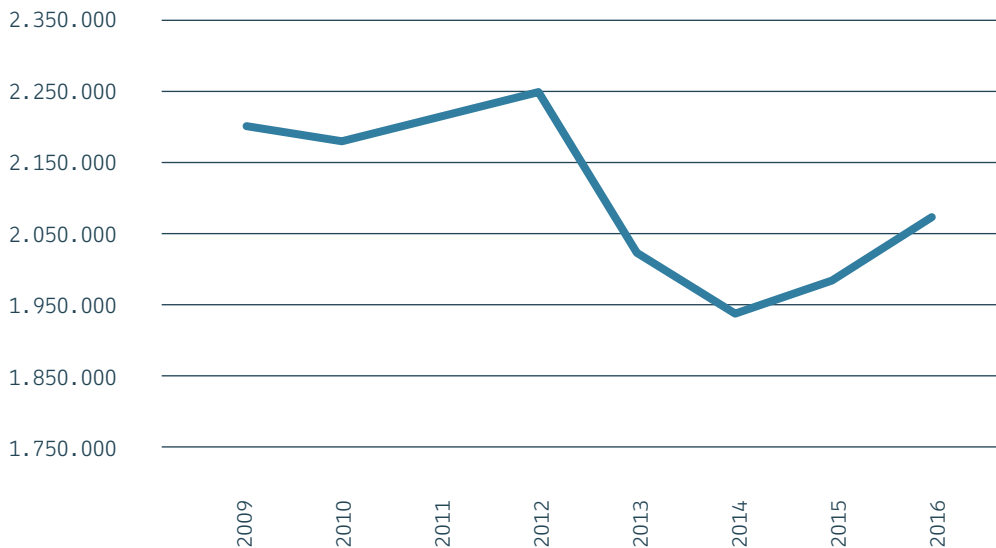
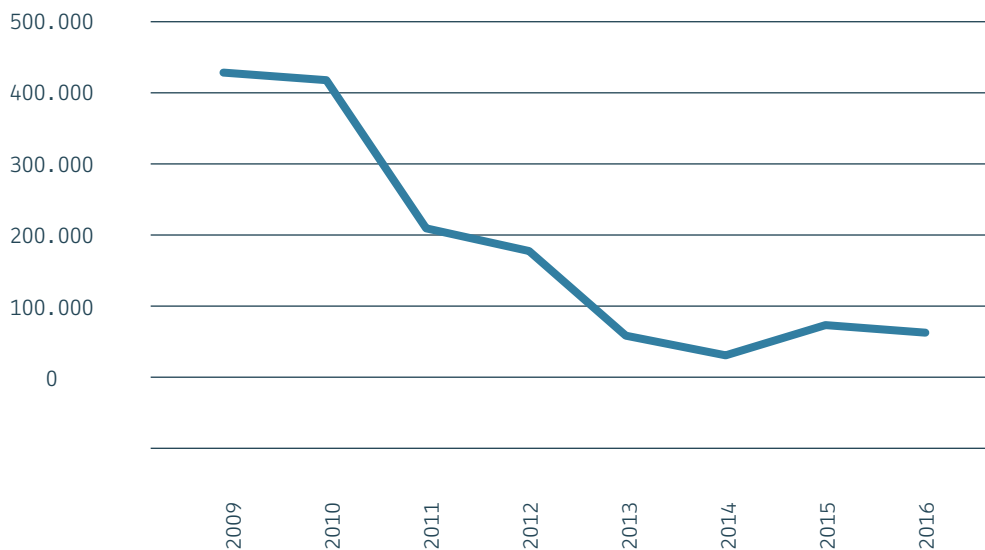


Tabla 32: Presupuesto Sanitario inicial en Andalucía. Período 2009-2015. Capítulo 6 (Cifras en miles de euros).



FUENTE: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PRESUPUESTOS SANITARIOS EN ANDALUCÍA 2009-2016. Informe elaborado por C.C.O.O.

Andalucía ya en el año 2012 realizaba algunas medidas de recorte importantes mediante el Ley 3/2012, de 21 de septiembre, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico-financiero de la Junta de Andalucía (39), entre las que destacamos, entre otras medidas importantes de reducción, las pagas extra a todos los profesionales, y adicionalmente, el 10% de tiempo de contrato y salario a todas las personas con contrato de carácter temporal del Sistema Sanitario Público Andaluz. Estas medidas implantadas en Andalucía añadían gravedad a la austeridad que ya estaba dando a nivel estatal.

4 Respuesta del gobierno andaluz y tejido asociativo durante el periodo del trabajo de campo 2008-2017

Este breve apartado recoge la respuesta que surgió tanto desde la sociedad civil a las medidas políticas y económicas de ajuste que se fueron dando en el periodo de trabajo de esta tesis.

El 15 de mayo de 2011, en plena crisis económica y sistémica, surgió el Movimiento 15-M, también llamado movimiento de “los indignados”, a partir de manifestaciones masivas que se produjeron a lo largo y ancho del estado español. Este movimiento ciudadano 15M, que se caracterizó por acampadas en las principales plazas de ciudades españolas, con intensos debates políticos, tenía el firme propósito de promover una democracia más participativa que intentaba alejarse del bipartidismo PSOE-PP y del dominio de bancos y corporaciones en la toma de decisiones de políticas económicas y sociales en el estado español. También se promulgaba una división de poderes real y se trabajaba en propuestas de participación de la sociedad civil en todos aquellos temas que le competían y que formaban parte del sistema público de prestaciones (sanidad, educación, servicios sociales, etc.).(40)

De este movimiento surgieron importantes plataformas civiles, como las mareas temáticas o la plataforma Stop Desahucio, plataforma civil basada en la autogestión en la respuesta al masivo número de desahucios que se daban con la explosión de la burbuja inmobiliaria.

La crisis sistémica, económica y financiera quebró la idea en una gran parte de la sociedad de que España era una Sociedad Democrática consolidada, donde la población depositaba su confianza en sus representantes políticos. Todavía hoy, son muchas causas judiciales las que están abiertas por un sistema que dejó multitud de huecos a la corrupción.

En este contexto social se produce la promulgación del RDL 16/2012 (34). En las semanas y meses que siguieron a la publicación del RDL 16/2012, fueron muchas las organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales las que elaboraron declaraciones y textos de información sobre el RDL 16/2012. En el artículo de Sues, A. et al. “El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-ley 16/2012: la perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales” se recoge de una forma sistemática esta respuesta, la que se caracteriza por una amplia respuesta ciudadana a la introducción del RDL 16/2012 (41). Los documentos revisados en el estudio de revisión incluyen un análisis del cambio del modelo sanitario inherente al RDL 16/2012, así como la previsión de su impacto en el acceso sanitario, la calidad asistencial y

la salud. Por otro lado, los resultados obtenidos acerca de las organizaciones de la sociedad civil y las asociaciones profesionales, muestran que éstas aportan recomendaciones y propuestas, y ofrecen su colaboración en la elaboración de estrategias alternativas de ahorro.

La participación ciudadana ha protagonizado profundos cambios, que además han estado estrechamente vinculados a la generalización de dispositivos y plataformas digitales para la participación, la aparición de experiencias nuevas en innovación democrática local en la gestión pública (por ejemplo, los presupuestos participativos), la crisis de identidad de sectores asociativos tradicionales, la emergencia de nuevos movimientos sociales o la creación de nuevos marcos simbólicos para la movilización ciudadana(42,43). En el ámbito sanitario, las “mareas blancas” (conjunto de colectivos y movilizaciones que se organizan para defender la sanidad pública y en protesta por los recortes y planes privatizadores) son el ejemplo más significativo de todo ello. Estos movimientos emergen en diversos territorios, movilizan organizadamente a la ciudadanía para defender la sanidad pública y buscan participar en la gestión de la sanidad pública.

La respuesta relativa a la exclusión sanitaria de las personas migrantes fue también muy significativa por parte de la sociedad civil. La Escuela Andaluza de Salud Pública, por medio de la Red Isir: red de inmigración y salud, planteó una mesa de reflexión en la que se expusieron diferentes análisis sobre las movilizaciones de apoyo a la población migrante. Sirvan de ejemplo diferentes acciones que se nombraron en este acto:

- Recogida de firmas por iniciativa de una persona u organización:
 - › “Queremos salud también para los inmigrantes” #apartheidsanitarioNO, campaña de recogida de firmas alojada en la web www.change.org.
- Recogida de firmas por iniciativa de plataformas de organizaciones:
 - › Sanidad para todos (www.sanidadparatodos.org): iniciativa de envío de mails a los/as diputados/as con anterioridad a la aprobación del RDL 16/2012 en el Parlamento, convocada por 15 organizaciones. La iniciativa logró la adhesión de más de 200 organizaciones y el envío de 20.000 mails.
 - › Campaña de recogida de firmas de Amnistía Internacional.
- Publicación de informes:
 - › Presentación de dos informes ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, con motivo del examen del 5º informe periódico sobre España: Informe conjunto de 20 organizaciones civiles e Informe de Amnistía Internacional. En respuesta: Observaciones finales y recomendaciones del Comité

de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. Información: Center for Economic and Social Rights (www.cesr.org).

- Plataforma de asociaciones profesionales:
 - › Foro de Atención Primaria: Declaración publicada por diferentes asociaciones profesionales de Atención Primaria (<http://www.europapress.es/epsocial/noticia-medicos-atencion-primaria-consideran-ineficiente-eliminar-asistencia-sanitaria-inmigrante-irregular-20120517141108.html>).
- Llamadas a la insumisión profesional:
 - › Misaludnoesunnegocio.net (Iniciativa de profesionales y usuarios contra la privatización de la sanidad pública) <http://www.misaludnoesunnegocio.net/>

93

En cuanto a la respuesta gubernamental al RDL 16/2012, es importante destacar que la respuesta de los diferentes gobiernos autonómicos no fue la misma, y no siempre todas estaban en consonancia con lo establecido en el RDL 16/2012. Las CCAA tienen las competencias transferidas en materia sanitaria (salvo en el caso de Ceuta y Melilla, que siguen estando atribuidas al Gobierno central.), según lo establecido en la Constitución. En este sentido, el Estado es el que dicta la normativa general, pero son las CCAA las que son responsables de su desarrollo y aplicación.

Como ya hemos comentado, esto propicia que algunas comunidades autónomas hayan contemplado el acceso al sistema público con más o menos amplitud, difiriendo así la normativa de restricción de acceso sanitario que dictaba como norma general el RDL 16/2012.

Las diferentes aplicaciones en el desarrollo de esta norma dieron lugar, en su momento, a 3 grupos de CCAA (44):

- 1. Andalucía, País Vasco o Cataluña:** Estas son las CCAA que bien permiten el acceso sin ningún requisito o exigen un periodo de tiempo de empadronamiento previo.
- 2. Castilla la Mancha y Madrid.** El acceso queda restringido salvo en los tres supuestos previstos en el RDL 16/2012.
- 3. Las comunidades de Galicia o Valencia** crearon un acceso paralelo en el que se optó por la introducción de una tarjeta sanitaria para personas migrantes en situación irregular.

Esta disparidad en la aplicación, junto a la masiva afluencia de noticias al respecto en los medios de comunicación, generó consecuencias graves como el desconcierto de muchos profesionales sobre la aplicación de la normativa, la arbitrariedad en su aplicación y por

último, el miedo de las personas migrantes, tanto en situación regularizada como no, a no ser atendidas, lo que llevó a muchos y muchas de ellos a no acudir a los centros sanitarios.

La Consejería de Salud y el gobierno andaluz manifestaron públicamente su postura contraria a excluir a las personas migrantes en situación irregular del sistema sanitario, explicando su postura desde el Servicio Andaluz de Salud de seguir manteniendo el acceso al sistema público de salud de estas personas, tal y como se estaba haciendo.

La Consejería de Salud, de hecho, envió una circular a las consultas de los médicos/as de atención primaria, a modo de instrucción, indicando esta postura y pidiendo a sus profesionales que siguieran atendiendo a las personas migrantes en situación irregular tal y como se estaba haciendo hasta ese momento. (45)

5 Sistemas sanitarios

El **Sistema sanitario español**, antes de la promulgación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad(46), era un sistema sin cobertura universal, basado en un conjunto de sistemas públicos descoordinado entre los cuales estaban la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, Hospitales clínicos dependientes del Ministerio de Educación e Instituciones dependientes de las Diputaciones y Municipios. La asistencia sanitaria estaba básicamente enfocada a la enfermedad, con una gestión centralizada y burocratizada y con los recursos concentrados en los hospitales de las grandes ciudades.

Con la promulgación de la Constitución Española (1978)(47) comenzarán a producirse cambios como la transferencia de competencias en promoción, prevención y planificación territorial a las Comunidades Autónomas.

La Ley General de Sanidad de 1986 (46) creó el Sistema Nacional de Salud en España. Con ello en 1989 se universalizaría el derecho a la asistencia sanitaria pública, es decir, se garantizó que el sistema de salud se haga cargo de toda la ciudadanía. En este momento, todas las CCAA constituían sus Servicios de Salud y gestionaban la asistencia sanitaria en sus territorios.

La normativa básica que regula el SNS está constituida por: la Constitución Española (1978), Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003) (48). Entre las funciones del SNS, desde su fundación, destacan garantizar el carácter público, universal y gratuito del Sistema, la definición de los derechos y deberes de la ciudadanía y de los poderes públicos, la descentralización de los servicios sanitarios y la integración de todas las estructuras y servicios públicos a los diferentes servicios de salud y el desarrollo un modelo de atención primaria que integre las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Las competencias en materia sanitaria de las administraciones públicas del estado se dividen de la siguiente manera:

- La Administración central del estado es responsable de sentar las bases y la coordinación general en materia de sanidad, de la Sanidad Exterior, de la política del medicamento y de la Gestión del INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria)
- Las Comunidades Autónomas por su parte son la máxima autoridad en Planificación Sanitaria en Salud Pública y en la Gestión de los Servicios de Salud.
- Por último, las corporaciones locales se ocupan de la salubridad las localidades así como de la colaboración en la gestión de los servicios públicos.

Entre la administración central y las CCAA se articula la coordinación a través del Consejo Interterritorial del SNS. Este es el órgano de coordinación, cooperación y encuentro entre administraciones públicas sanitarias central y autonómica. La preside el o la Ministro de Sanidad del momento y la vicepresidencia la ostenta un o una consejera de una CCAA, elegida entre el resto de consejeros o consejeras.

Financiación del Sistema Nacional de Salud

La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre la ciudadanía española: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.

La asistencia sanitaria para enfermedad común y accidente no laboral en España es una prestación no contributiva financiada a través de los impuestos e incluida en la financiación general de cada comunidad autónoma.

Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

El conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud ofrece a la ciudadanía incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud.

La cartera de servicio básica se establece en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Cartera de Servicios Básicos Comunes a todos las personas usuarias del Sistema Nacional de Salud.

- Salud Pública
- Atención Primaria
- Atención hospitalaria
- Atención de urgencia
- Prestación farmacéutica
- Prestación ortoprotésica
- Productos dietéticos
- Transporte sanitario

- Servicios de información y documentación sanitaria
- Asistencia Sanitaria cuyo pago hay que reclamar a terceros
- Cartera de servicios complementaria
- Cartera de servicios de mutualidades de las comunidades autónomas (49)

Acceso a los servicios del SNS

El acceso a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de Salud, que es el documento que identifica a cada ciudadano y ciudadana como usuario/a en todo el Sistema Nacional de Salud.

Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria pública:

- Toda la ciudadanía española y extranjera en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 1.2 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de las personas extranjeras en España y su integración social (50).
- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

Tabla 33: Organización de la Asistencia Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

	Tasa de personal en atención primaria por 1000 habitantes	Tasa de personal en atención especializada por 1000 habitantes
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria y por urgencias
Régimen de atención	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Figura 3: En la actualidad están adscritos a la Consejería de Salud:

- Prestación directa de servicios sanitarios
- Servicio Andaluz de Salud
- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir
- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol
- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir
- Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería
- Consorcio Sanitario Público del Aljarafe
- Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
- No prestan servicios sanitarios:
- Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A.
- Fundación Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)
- Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Biomedicina y Salud (FIMABIS)
- Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud
- Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI)
- Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria en Andalucía Oriental Alejandro Otero (FIBAO)
- Fundación Rey Fahd Bin Abdulaziz

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA):

Estructura político administrativa de Andalucía

Andalucía es una Comunidad Autónoma que tiene un Parlamento propio, un Gobierno propio y un Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

La Junta de Andalucía es la institución en la que se organiza políticamente el autogobierno de la Comunidad Autónoma. Está integrada por el Parlamento de Andalucía, la Presidencia de la Junta y el Consejo de Gobierno.

Además forman parte de la Junta de Andalucía otras instituciones de autogobierno como el Defensor del Pueblo Andaluz, el Cámara de Cuentas de Andalucía, el Consejo Audiovisual de Andalucía y el Consejo Económico y Social de Andalucía.

El Gobierno de la Junta de Andalucía cuenta actualmente con 13 departamentos, denominados consejerías entre los que se encuentra la Consejería de Salud.

Andalucía alcanzó la titularidad de las competencias sanitarias con la promulgación de su **Estatuto de Autonomía en 1981**(51) (Estatuto de Autonomía para Andalucía reformado en 2006), que fue desarrollado a través de un proceso de transferencias de competencias sanitarias desde el Estado a la Comunidad Autónoma y complementado a su vez con un proceso de integración de redes asistenciales públicas dependientes de otras Administraciones con implantación en Andalucía.

La **Consejería de Salud**(52) es el órgano de la Administración de la Junta de Andalucía responsable de las directrices de la política de salud y de la alta dirección de los organismos directamente responsables de la provisión y gestión de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma, configurados bajo la denominación de Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La Consejería de Salud se organiza sobre la base de separar lo que son competencias propias de la Autoridad Sanitaria, de lo que son competencias propias de gestión y prestación de los servicios sanitarios, que se ejercen a través de un conjunto de organismos y entidades públicas que, manteniendo el grado de autonomía que le confieren sus propias normas de creación, dependen directamente de la Consejería de Salud. Tiene la responsabilidad directa en la determinación de las directrices de la política de salud, la salud pública, la planificación sanitaria, la garantía de la cobertura y aseguramiento de los ciudadanos, la financiación sanitaria, la ordenación farmacéutica y la política de concertos con otras entidades sanitarias. Junto a éstas, ejerce la dirección y coordinación de las actividades, servicios y recursos del conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía, garantizando así la integridad de las actuaciones y la integración del Sistema Sanitario bajo directrices de política sanitaria comunes.

El **Consejo Andaluz de Salud** es un órgano de participación social de ámbito regional de la Consejería de Salud. En este órgano colegiado se encuentran representadas las Organizaciones sociales y empresariales de Andalucía, los Municipios y Provincias, los Colegios Profesionales y las Organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía. Su regulación está contenida en la Ley 2/1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía (53), y su desarrollo normativo se contiene en el Decreto 109/1993.

El Consejo Asesor de Salud de Andalucía, órgano asesor directo de la Consejera de Salud, creado por Decreto 121/1997 de 22 de Abril, cuya misión es asesorar a la Consejera en las implicaciones sociales, económicas, éticas, científicas, y jurídicas de todos los aspectos relacionados con la sanidad andaluza, estando formado por profesionales de reconocido prestigio en estas áreas y con amplia experiencia personal y profesional.

La misión y valores del SSPA son definidos como:

- contribuir sustancialmente a mejorar la salud y el bienestar de toda la población;
- proporcionar la mejor atención sanitaria a toda la población;
- asegurar el valor de los recursos;
- y generar y gestionar el conocimiento.

Y los valores que definen y guían la actuación organizativa del SSPA son la Universalidad, Equidad, Sostenibilidad, Transparencia, Innovación, Enfoque preventivo y de promoción, Compromiso con la calidad, Accesibilidad, Satisfacción ciudadana, Personalización, Participación, Trabajo en equipo, Reconocimiento profesional, Corresponsabilidad, Servicio público.

Financiación

Los recursos financieros del SSPA se dotan desde los presupuestos anuales de la Junta de Andalucía. La cuantía se puede ver en las tablas de gasto sanitario presupuestado en Andalucía, no obstante a continuación se hacen algunos apuntes específicos.

El presupuesto sanitario 2011 de la Comunidad Autónoma de Andalucía asciende a 9.389.717 millones, lo que representa un 31,06% del presupuesto global de la Junta de Andalucía, excluidas las operaciones financieras.

Los gastos de personal ascienden a 4.141,51 millones, lo que supone el 44,11% sobre el total de recursos. Los gastos en bienes corrientes y servicios, excluidos los gastos de concierto, ascienden a 1.800,83 millones, esto es un 19,18% del presupuesto. Los gastos en concierto sanitario ascienden a 429,49, un 4,57% del presupuesto. El presupuesto destinado a farmacia es de 2.019,91 millones, 21,51% del total. Las operaciones de capital ascienden en 2011 a 247 millones, el 2,63% del presupuesto.

De este presupuesto sanitario, el Servicio Andaluz de Salud, que es el principal organismo de prestación de atención sanitaria en volumen, competencias y actuaciones y que está adscrito a la Consejería de Salud, concentra un presupuesto que asciende a 8.601 millones de euros, lo que supone más del 91% del presupuesto total de la Consejería de Salud. (54,55)

En el anexo 4 se realiza una descripción de los sistemas de salud en el origen de las poblaciones estudiadas. La finalidad de anexar las características más relevantes de los sistemas sanitarios de origen de las personas entrevistadas, tal y como estaban al inicio de este estudio es tratar de comprender la relevancia o condicionamiento que ello puede tener en el acceso y uso del sistema español y andaluz.

6 Preguntas o hipótesis de partida de la tesis.

Esta tesis pretende contribuir a la atención que desde la investigación se presta al acceso sanitario de las personas migrantes así como a la mejora de la misma. No obstante, y quiero dar énfasis en que tratará de que ellos y ellas sean protagonistas principales de la profundización de este conocimiento. Desde mi trayectoria profesional investigadora, no puedo dejar de lado la relevancia que para mí supone la investigación dirigida a la acción o intervención y la importancia insuperable que le doy a la participación ciudadana como base fundamental de la planificación de políticas.

Las preguntas que me planteo de partida son las siguientes:

1. ¿Cuál es la situación del acceso sanitario de las personas migrantes en la Comunidad Autónoma de Andalucía?
2. ¿Influye el contexto social, económico y político al acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes?
3. ¿En qué medida son importantes los determinantes sociales de la salud en el acceso a la atención sanitaria?
4. ¿Están las políticas sanitarias relacionadas con el acceso de las personas migrantes a la atención ajustadas a su necesidad y situación real?
5. ¿En qué medida afectan los cambios normativos y las medidas de ajuste económico al acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria?
6. ¿Qué opinan las propias personas migrantes sobre su acceso a la atención sanitaria y la influencia del contexto socioeconómico?
7. ¿Podemos hacer recomendaciones en base al conocimiento de la literatura científica sobre el tema y los resultados de la investigación?

Qué sabemos del estado de situación del acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria

La variación de personas migrantes que han llegado a España en las últimas décadas ha venido planteando nuevos retos para la prestación de servicios desde las administraciones públicas, incluida la sanidad.

En diferentes estudios internacionales revisados en el marco de realización de esta investigación, y que se analizan más adelante, se pone de manifiesto el reto de otorgar un acceso de calidad a la atención sanitaria de las poblaciones migrantes. En España, el acceso tradicionalmente se ha analizado desde la utilización de servicios y principalmente, desde la perspectiva de proveedores o profesionales, habiendo menos estudios que se centren en la perspectiva de la población migrante, si bien es verdad que paulatinamente esta perspectiva está siendo cada vez más representada.

El contexto de crisis en España supuso claramente el descenso progresivo del presupuesto sanitario desde 2010, disminuyendo, según la revisión realizada y confirmada por datos de la FADSP (La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública) en más de 140 € por habitante (56). En Andalucía, siendo la CCAA con menor gasto sanitario por habitante, este se ha ido reduciendo aunque el descenso no ha parecido ser tan notable. Por otro lado, hay que tener en cuenta que en España, la entrada en vigor el 20 de abril de 2012 del Real Decreto-ley 12/2012 (34) restringe, de manera importante, el derecho adquirido por la población migrante en el año 2000, mediante Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (50), a la de asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que la población autóctona, modificando el acceso a la condición de persona beneficiaria. Y, aunque ya hay estudios que pretenden reflejar el impacto de esta medida en la atención sanitaria de estas personas, son sobre todo a nivel teórico, no hay apenas ninguno riguroso que cuente con la perspectiva de las propias personas migrantes (57).

Según la evidencia empírica internacional, las necesidades en salud de la población migrante evolucionan a lo largo del tiempo a partir del momento de llegada. En un primer momento se presenta el efecto del “migrante sano”; que confirma una mejor salud de la población migrante frente a la nativa.(58) La literatura defiende diferentes hipótesis que tratan de explicar este fenómeno. Por un lado, puede haber hábitos más saludables en el país de origen que en el de acogida, desde la alimentación hasta consumo de sustancias tipo tabaco o alcohol (59,60). Otra explicación puede ser la de la selección de personas

más jóvenes, fuerte y sanas para la migración, es decir, habría una auto-selección en el proceso migratorio. Y por último, hay autores/as que hablan de la propia experiencia migratoria podría tener un efecto sobre la salud, como pueden ser secuelas traumáticas a nivel físico y psicológico.

McDonald y Kennedy relacionan el efecto de migrante sano con el acceso a los servicios de salud, sugieren que los migrantes recién llegados podrían subestimar la incidencia de ciertas condiciones crónicas debido a las diferencias en la percepción o porque tales condiciones aún no han sido diagnosticadas debido a barreras en el acceso a los servicios de salud (58).

Este efecto ha sido estudiado en múltiples países como por ejemplo en Canadá (61-63), Australia (64, 65), EEUU (66), así como en nuestro contexto (67). En España se han explorado desde la perspectiva de utilización de servicios en Aragón, por Gimeno Feliú et al. (67), o los estilos de vida por Rodríguez Álvarez et al. (68). También hay estudios desde la perspectiva de las desigualdades sociales en Salud (68,69), las desigualdades en el estado de salud percibido de la población autóctona e inmigrante residente en la comunidad autónoma del País Vasco y el papel de diferentes determinantes sociales. En un primer momento, esta mejor salud se vinculan con factores relacionados con el país de origen: cultural, socioeconómico, traumas vinculados al proceso migratorio. Posteriormente, se relacionan con el proceso de adaptación, donde se podrían presentar los problemas específicos en el acceso o utilización de los servicios con más intensidad. Y, finalmente, acaban igualándose con la población autóctona en los patrones de movilidad, utilización de recursos,...

En España, contando con que el Sistema Nacional de Salud abarcaba, antes de la entrada en vigor el 20 de abril de 2012 del Real Decreto-ley 12/2012 (34) una cobertura casi universal para toda la ciudadanía residente en el país, algunos estudios ponen en evidencia desigualdades entre la población autóctona y la inmigrante en relación a la salud percibida –no explicadas exclusivamente por la condición socioeconómica- (69,70) que pueden estar apuntando a diferencias en el acceso a la atención.

Estudios realizados en países con mayor tradición migratoria y un sistema nacional de salud, como el Reino Unido o Canadá, reflejan una peor salud en población migrante (menor esperanza de vida y mayor mortalidad por algunas causas)(71), que se relaciona que con peores condiciones socioeconómicas y la incapacidad de los servicios para adaptarse a las necesidades específicas de este colectivo, idiomáticas y culturales, que actúan como barreras de acceso (72).

En este sentido, estos estudios realizados ponen en evidencia la vulnerabilidad de la población migrante por ser un colectivo con riesgo de exclusión de los servicios de salud,

por un lado, por sus determinantes de salud, como bajo poder adquisitivo o condiciones de vida y laborales precarias, y del otro, por las desigualdades en el acceso a los servicios, como barreras idiomáticas, culturales y religiosas y desconocimiento del funcionamiento de sistema sanitario (73). A esta situación hay que añadir la insuficiencia de los recursos disponibles y la falta de sensibilidad de las personas proveedoras (74).

En una revisión publicada en la Revista Española de Salud Pública en el año 2014 sobre acceso de la población migrante a los servicios de salud en España (72), anteriormente citado, se muestra que, a pesar de la abundancia de artículos de opinión, reflexiones y editoriales sobre el tema, pocos son los artículos empíricos que analizan el acceso a los servicios de salud. La mayoría de los estudios basados en investigaciones científicas son de tipo descriptivo, basados en el análisis de los registros de visitas realizadas a los servicios, que evalúan el acceso realizado (utilización de servicios) de la población migrante en comparación con la población autóctona (74,75), sobre todo en el ámbito hospitalario.

Sin embargo, los estudios que analizan el acceso potencial de la población migrante en España mediante el análisis de los determinantes de la utilización de servicios sanitarios son muy pocos (75–80), y como ya hemos dicho, los estudios que analizan la perspectiva de los propios migrantes.

¿Cuáles parecen ser los determinantes sociales que influyen en la utilización y las dificultades de la atención de la población migrante en España relacionadas con características poblacionales predisponentes y capacitantes? La literatura muestra la importancia de profundizar en ellos. El nivel educativo, el conocimiento del idioma, el tiempo de estancia en el país, la situación administrativa irregular (81,82) y las diferencias culturales (82,83) aparecen como resultado en numerosos estudios consultados como determinantes que favorecen la utilización de los servicios. Y entre las dificultades encontramos la precariedad laboral (82,83) y las condiciones de vivienda (84,85). No obstante, no se suelen considerar otros como los valores culturales concernientes a la salud y enfermedad y el conocimiento y fuentes de información, o que la capacitan, como las condiciones económicas de este colectivo o la presencia de redes de apoyo, a pesar de que existe evidencia de su importancia en la literatura de otros países (84).

Es también relevante el estudio de las variables contextuales – características estructurales y organizativas de la prestación de servicios y políticas que influyen en el acceso. Los estudios de determinantes realizados en España consideran el conocimiento del idioma como variable explicativa del uso de los servicios. La comunicación no es una variable únicamente influida por el idioma o los diferentes idiomas, sino también por los recursos disponibles para paliar esta dificultad (mediadores, traductores telemáticos, etc.), las actitudes y valores de profesionales hacia las personas migrantes, etc. Por lo tanto,

vemos que el acceso de las personas a la atención sanitaria es un proceso complejo, en el que hay que tener en cuenta todas las variables. Los principales marcos teóricos de acceso consideran las características de los servicios, junto con las poblacionales, como los factores que más influyen más en el acceso. En este sentido, en algunos estudios ya realizados que analizan la atención de la población migrante en España, desde el punto de vista de profesionales, aparecen dificultades relacionadas con la falta de adaptación de la oferta a las necesidades de este colectivo que parecen indicar barreras de acceso relacionadas con las características de la oferta: escasez de recursos y sobrecarga de trabajo que supone el incremento del volumen de la población migrante (86) el tiempo insuficiente de consulta para la asistencia de un colectivo con dificultades comunicativas(, los horarios de atención de los centros (87) y algunas actitudes negativas de algunos profesionales hacia la población , apareciendo actitudes de xenofobia, discriminación o trato diferenciado.(68,74,84,86,88).

El enfoque para el estudio de acceso empleado para la tesis se corresponde con el análisis de los determinantes de la utilización de servicios. Dentro de este enfoque, uno de los marcos teóricos para el análisis del acceso con más impacto es el formulado por Aday y Andersen (6,73,89), en el que se diferencia entre acceso potencial –factores que determinan el uso de los servicios- y acceso real –utilización efectiva de los servicios de salud. Más adelante se describe este modelo teórico con mayor profundidad. A continuación se desarrolla el modelo y la adaptación del mismo realizada para este estudio.

8 Modelo teórico Aday y Andersen. Adaptación.

El acceso a los servicios de salud es un tema estudiado y empleado como medida de análisis de la utilización de servicios pero no tanto analizado como marco teórico persé. No obstante, encontramos que desde los años 70 muchos autores y autoras han estudiado el concepto de acceso(90). Este concepto ha tenido varias acepciones en el marco de la atención médica. La revisión sistemática realizada por Arrivillaga y Borrero da buena cuenta de ello (91). Estas autoras realizan un estudio en el que buscar analizar críticamente los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, descritos en la literatura entre 1970 y 2013. En un interesante proceso de búsqueda sistemática y posterior análisis las autoras clasifican los diferentes estudios en cinco categorías:

1. Acceso a servicios de salud en la lógica de los “mínimos decentes”

- › Servicios básicos de salud (Enthoven 4, 1980);Asistencia sanitaria esencial (Gibbard 6, 1982);Atención mínimamente decente (Wlazer 3, 1983);Atención básica de la salud (Hiatt 5, 1987)

2. Acceso en la lógica de mercado,

- › El modelo de cobertura efectiva (Tanahashi 11, 1978); Modelo de Dimensiones y Satisfacción (Pechansky & Thomas 12, 1981); Modelo de Accesibilidad de Julio Frenk 13 (1985)

3. Acceso en la lógica de factores y multicausalidad

- › Modelo de Factores de Aday y colegas (1968, 1974, 1994, 1995);Modelo de Dimensiones y Habilidades de Levesque, Harris & Russell 22 (2013)

4. Acceso en la lógica de necesidades

- › Goddard & Smith 25 (2001)

5. Acceso en la lógica de la justicia social y el derecho a la salud

- › Aproximaciones de Braveman & Gruskin 26 (2003); Modelo de agenciamiento, calidad y normas (Ruger 28, 2007)

El estudio, que abarca trabajos sobre las bases de datos ISI Web of Science, JSTOR, EBSCO y Proquest (incluido MEDLINE) concluye que la literatura no recoge estudios basado en el modelo conceptual de acceso a servicios de salud, basado explícitamente en la justicia sanitaria y el derecho a la salud, siendo los modelos que utilizan el concepto de acceso desde la lógica de mercado de servicios de atención médica, articulada con la lógica de factores y multicausalidad los más empleados.

Es de suponer, que aquellos estudios realizados desde el marco de los derechos humanos se encuentran más presentes en la literatura gris, ámbito excluido de esta revisión sistemática. Podemos poner como ejemplo los trabajos realizados por Médicos del Mundo sobre la situación actual de grupos de población en situación de vulnerabilidad social, incluyendo migrantes en situación irregularizada, en 5 ciudades europeas (2012) y 14 ciudades de 7 países europeos (2013), y una actualización del años 2016, desde el punto de vista del acceso sanitario(92-94).

En el contexto español, en una revisión publicada en la Revista Española de Salud Pública en el año 2014 sobre acceso de la población migrante a los servicios de salud en España (72), se muestra la existencia de multitud de artículos de opinión, reflexiones y editoriales sobre el tema, sin embargo, pocos son los artículos empíricos que hayan analizado el acceso a los servicios de salud en nuestro contexto. La mayoría de los estudios basados en investigaciones científicas son de tipo descriptivo, basados en el análisis de los registros de visitas realizadas a los servicios, que evalúan el acceso realizado (utilización de servicios) de la población inmigrante en comparación con la población autóctona (74,75), sobre todo en el ámbito hospitalario. En Atención primaria se han realizado estudios más dirigidos a conocer la frecuentación de la población migrante vs población autóctona (95) o las dificultades de las personas migrantes en la consulta de medicina de familia (76).

Sin embargo, los estudios que analizan el acceso potencial de la población inmigrante en España mediante el análisis de los determinantes de la utilización de servicios sanitarios son muy pocos, así como los estudios que analizan la perspectiva de las propias personas migrantes (84,96), así como se ha comentado anteriormente.

El enfoque para el estudio de acceso empleado para esta tesis se corresponde con el análisis de los determinantes de la utilización de servicios. Dentro de este enfoque, uno de los marcos teóricos para el análisis del acceso con más impacto es el formulado por Aday y Andersen (6). Para esta tesis no se ha empleado el modelo de forma literal, sino que se ha hecho una adaptación del mismo en función de los objetivos.

Para estos autores, este concepto de acceso se ha estudiado en el marco de dos contextos principales. Por un lado, está la perspectiva de algunos autores/as que han equiparado el acceso a las características de la población, en términos de ingresos económicos de la familia, cobertura de seguro, actitudes hacia la atención médica, etc. o a las características del sistema de salud o de servicios, en términos de distribución y organización de la mano de obra y las infraestructuras, por ejemplo.

Por otros/as autores/as, sin embargo, el acceso se ha entendido como el paso del individuo por el sistema, teniendo en cuenta su experiencia y satisfacción con el servicio recibido. En este enfoque, se pueden valorar tanto la importancia que tiene el sistema como las características individuales de la persona.

El modelo marco de Aday y Andersen, “Modelo de comportamiento de utilización de servicios”, se basa en trabajos de Andersen de inicios de los años 60, en los que el autor buscaba el estudio de las causas y patrones de uso de los servicios por parte de personas usuarias para adecuar la demanda y así facilitar el acceso a los servicios.

En la evolución del modelo, Aday y Andersen tratan de identificar los diferentes factores que influyen en el acceso:

- las características de la demanda que predisponen al uso de servicios de salud (sociodemográficas, creencias, actitudes, etc.), que las capacitan (renta, tipo de aseguramiento) y las necesidades de atención;
- las características de la oferta, que se refiere a la disponibilidad de recursos y la manera en que se organizan;
- y por último las políticas de salud, que pueden ser un determinante poderoso del uso de servicios al incidir en factores como la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios de salud, la financiación, o programas dirigidos a características susceptibles de ser modificadas de la población como la cobertura de aseguramiento, educación, información sobre los servicios, etc. (6)

Además de ello, el modelo explica que los diferentes factores influyen entre sí, como podemos ver en la siguiente figura:

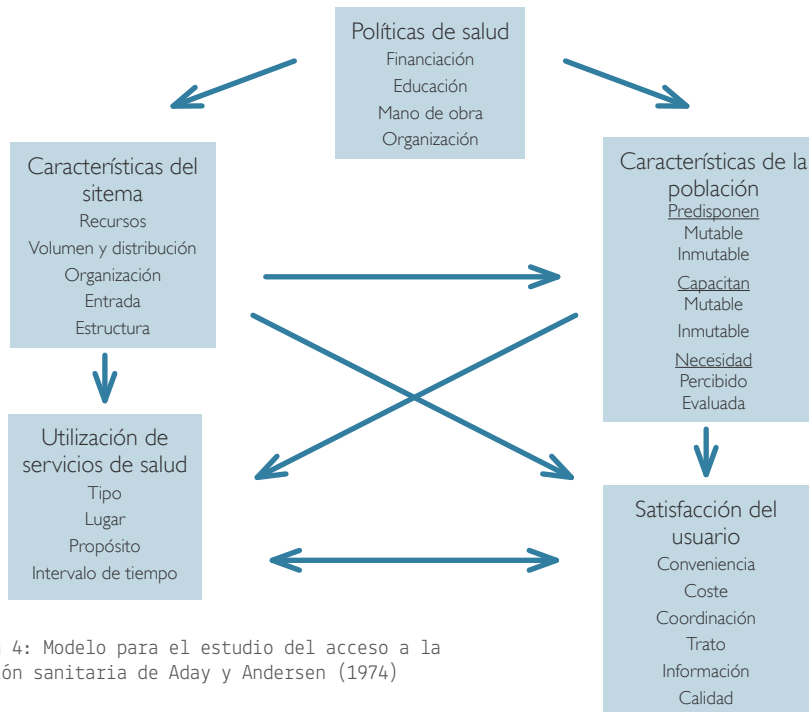


Figura 4: Modelo para el estudio del acceso a la atención sanitaria de Aday y Andersen (1974)

Otro de los aspectos más importantes del marco teórico para el análisis del acceso de Aday y Andersen, es la diferencia entre acceso potencial –factores que determinan el uso de los servicios- y acceso real –utilización efectiva de los servicios de salud.

En el acceso potencial se han analizado las características de los servicios de salud, en términos de disponibilidad de recursos (volumen y distribución de los recursos) y la forma en que estos se organizan. La organización se refiere a la entrada y a la estructura. En este marco se han analizado aquellas barreras potenciales que pueden aparecer como las dificultades físicas para llegar a los servicios, el tiempo de espera, pagos, etc.). En cuanto a las características de la población, se han analizado aquellos factores que predisponen al uso de los servicios de salud como pueden ser la información o conocimiento acerca del sistema y los servicios de salud, las creencias y actitudes, o los condicionantes socioeconómicos de las personas entrevistadas.

En este contexto de marco teórico, esta tesis adapta el modelo y se centra fundamentalmente en aquellos aspectos del modelo que buscan analizar en profundidad la perspectiva de las personas migrantes, contextualizado en el marco político en el que se encuentran así como en sus condicionantes socioeconómicos, sus vivencias, su opinión y su percepción individual de acceso a la atención sanitaria.

Tabla 34: Dimensiones y categorías de análisis. Adaptación del modelo de Aday y Andersen (1974)

Dimensiones	Categorías de análisis
Políticas sanitarias	
Entrada al sistema	<p>Factores que influyen en el acceso relacionados con los servicios Provisión de información sobre la entrada al sistema Trámites para la obtención de la TSI</p> <p>Factores relacionados con los inmigrantes Documentación para la obtención de la TSI Consecuencias de no tener la TSI Estrategias para obtener la TSI</p>
Entrada a los servicios	<p>Factores que influyen en el acceso relacionados con los servicios <u>Volumen y distribución. Atención primaria/Atención especializada</u> - Infraestructura física, equipamientos, personal, servicios disponibles - Accesibilidad geográfica - Distribución de recursos - Distancia a los servicios</p> <p>Organización de los servicios. Atención primaria/ Atención especializada - Accesibilidad organizativa Tiempos de espera (programación, consulta) Trámites (petición cita, pruebas, cirugía) Horarios de atención de los servicios - Accesibilidad económica Pagos consulta, tratamientos</p> <p>Factores relacionados con la población Situación administrativa y socioeconómica. Conocimiento del sistema: derechos, funcionamiento del sistema</p>

En nuestra adaptación del modelo en el marco de la tesis, el acceso se entiende como el camino que recorren las personas migrantes, partiendo de las características que les predisponen desde su condición personal hasta que reciben la atención sanitaria.

Se tiene en cuenta el marco político, en tanto en cuanto condiciona el contexto donde ocurre la atención, tanto desde el punto de vista del funcionamiento del sistema como de las características socioeconómicas de las personas entrevistadas.

Mediante la metodología cualitativa se trata de comprender el punto de partida de las propias personas entrevistadas, su definición de lo que es una persona migrante y su definición y percepción general del acceso a la atención sanitaria. A partir de aquí se analizan la entrada al sistema y la entrada a los servicios, que son las dimensiones que hacen referencia al proceso mediante el cual las personas migrantes buscan atención y la consiguen, en un marco de determinadas políticas sanitarias y bajo la estructura y funcionamiento de un sistema sanitario y sus servicios de salud.

En síntesis, y concluyendo el marco teórico y contextual realizado hasta el momento, podemos decir que España y Andalucía han sido y son territorios importantes de recepción de migrantes de origen extranjero. La situación económica y legislativa durante la primera década del año 2000 venía favoreciendo de forma progresiva la cobertura y calidad sanitaria y de vida de las personas migrantes en España. De esta manera, el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes, tanto en situación regular como irregular en España y Andalucía, era una de las mejores de Europa, tal y como se ha documentado en este marco teórico y de contexto socioeconómico. Sin embargo, la crisis sistémica y financiera a nivel mundial repercutió de forma significativa en el estado español, e incidió de forma especialmente importante en la población migrante, fundamentalmente en aspectos socioeconómicos y normativos, incidiendo de forma significativa en el acceso a la atención sanitaria. La recesión económica y la publicación del Real Decreto-Ley 16/2012 en el año 2012, marcaron los hitos más importantes que se estudian en esta tesis. Este cambio legislativo modificó el acceso a la atención sanitaria en el sistema público de salud a la condición de persona beneficiaria, incluyendo el concepto de asegurado/a

El carácter descentralizado del Sistema Sanitario Público Español implicó que las diferentes Comunidades Autónomas aplicaran de forma diferente dicha normativa. De la misma manera, esta descentralización también implicaba también diferencias en los servicios sanitarios y su financiación. Por ello, Se presenta también el gasto sanitario como un elemento importante en la caracterización del contexto.

Normativamente, en respuesta al RDL 16/2012, Andalucía mantuvo y reconoció el derecho a la asistencia sanitaria de toda la población en el Sistema Sanitario Público Andaluz, con cobertura a la totalidad de cartera de servicios y las personas migrantes han

seguido manteniendo hasta el momento la posibilidad de obtener una tarjeta sanitaria individual (TSI) temporal, por un período prorrogable de 1 a 12 meses.

El estado de la cuestión confirma que los cambios legislativos y la crisis económica han afectado seriamente al derecho y la salud de las personas migrantes, tanto en España como en Europa. Los años comprendidos entre 2008 y 2018, años de realización de este estudio, se han caracterizado por una importante inestabilidad económica, que, al menos hasta el año 2014, que se ha visto reflejada mediante recortes económicos importantes. En este contexto, estudios que se han realizado han reflejado resultados en salud peores para las personas migrantes que para las autóctonas, así como menor esperanza de vida. Entre las causas, se identifican peores condiciones socioeconómicas e incapacidad de los servicios sanitarios para adaptarse a las necesidades específicas de este colectivo.

111

El perfil mayoritario de la población de estudio, que es descrita como un perfil con bajo poder adquisitivo o condiciones de vida y laborales precarias, muestra también una importante vulnerabilidad en riesgo de exclusión de los servicios de salud. Ello no solo se explica por los determinantes sociales citados, sino por otro tipo de desigualdades en el acceso a los servicios como pueden ser la falta de información o desconocimiento del sistema de salud y de los servicios o barreras idiomáticas, culturales y religiosas. Por último, la literatura resalta también la pérdida del efecto de “migrante sano” o el mantenimiento de percepciones de discriminación y trato diferenciado por parte de las personas migrantes.

Otros factores que se detallan en el marco teórico, y que condicionan el acceso de las personas a la atención sanitaria, son las características del Sistema Nacional de Salud así como las del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Por último, se describe la adaptación realizada del modelo de Aday y Andersen, modelo teórico y explicativo elegido para el análisis del acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria en Andalucía.

Capítulo

2

LOS HORIZONTES Y LAS RUTAS:

ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS
SANITARIAS EN EL ACCESO DE
PERSONAS MIGRANTES A LA
ATENCIÓN SANITARIA

1. Introducción	117
2. METODOLOGÍA OBJETIVO ESPECÍFICO I	118
2.1. Diseño	118
2.2. Pregunta de partida	118
2.3. Estrategia de búsqueda	118
2.4. Análisis de documentos	119
2.4.1. Criterios de selección de documentos	119
2.4.2. Dimensiones para el análisis de los documentos	120
3 Descripción de resultados	121
3.1. Marco político y la estructura bajo la que se rige la política migratoria desde el marco de los Derechos Humanos	121
3.2. Marco normativo en el contexto internacional mundial	123
3.3. Marco normativo en contexto europeo	129
3.4. Marco normativo en el estado español	137
3.4.1. Legislación básica que garantiza el derecho a la salud y al acceso sanitario de personas migrantes en España.	138
3.4.2. Políticas de regularización administrativa de personas migrantes en España.	148
3.4.3. Principales normativas de desarrollo de las políticas sanitarias en España	149
3.4.4. Marco normativo de Andalucía	151
4. Síntesis de resultados	165

I Introducción

En el modelo de Aday y Andersen, se entiende que las políticas sanitarias pueden ser un determinante poderoso del uso de servicios al incidir en factores como la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios de salud, la financiación, o programas dirigidos a características de la población susceptibles de ser modificadas como la cobertura de aseguramiento, educación, información sobre los servicios, etc. (6)

El análisis de las políticas sanitarias dirigidas a las personas migrantes es relevante en tanto que determinan el acceso de las personas migrantes a una atención sanitaria adecuada. Por otra parte, un buen análisis que ponga de manifiesto las consecuencias reales de dichas políticas en las personas, puede contribuir a orientar el diseño de las políticas dirigidas a disminuir la desigualdad de acceso a la atención de la población migrante en nuestro entorno.

En nuestro contexto, el estado Español ha ido dando respuesta al fenómeno migratorio a través del desarrollo de políticas específicas para ello, tanto a nivel legislativo como a nivel de políticas sanitarias específicas. A nivel estatal se trabaja a través de Planes Estratégicos de Ciudadanía e Integración o del Plan de Calidad para el SNS, y a nivel autonómico, con planes equivalentes e incorporando acciones específicas en los planes de salud.

A nivel internacional hay un marco legislativo extenso que recoge el derecho a la salud de las personas migrantes y su acceso a la atención sanitaria. Este marco tiene la finalidad de reducir las desigualdades en salud que se puedan dar en un contexto determinado entre las personas autóctonas y las personas que proceden de otros países, así como la eliminación de cualquier situación de discriminación en este sentido(41, 97-99). El derecho a la salud, y, por extensión al acceso a la atención sanitaria, de las personas migrantes es ampliamente reconocido en estos marcos legislativos internacionales, que tienen la finalidad de reducir las desigualdades en salud y eliminar situaciones de discriminación. Siguiendo estas directrices, desde la 61ª Asamblea Mundial de la Salud (1) se insta a los Estados a desarrollar políticas de salud sensibles a las personas migrantes, que respondan a la diversidad de migrantes y a los riesgos para su salud.

Las políticas de salud, como determinantes del acceso, permiten influir en aspectos de la provisión de servicios -disponibilidad de recursos, organización, financiación- y en aspectos propios de la población que se pueden modificar como el conocimiento y prácticas sanitarias, cobertura sanitaria o información relativa a los servicios (6).

El primer objetivo de este estudio, que se desarrolla en el presente capítulo, es describir los elementos de las políticas sanitarias vigentes a nivel internacional, nacional y autonómico dirigidas a la población migrante, y analizar los elementos que influyen en el acceso a los servicios sanitarios en el desarrollo de estas políticas en el contexto andaluz.

2 Metodología Objetivo Específico I

Se ha realizado una revisión narrativa de las políticas sanitarias a nivel internacional, europeo, estatal y autonómico dirigidas a población migrante en relación al acceso a la atención a la salud adecuada. Los documentos normativos internacionales, europeos y de nivel estatal se han empleado para enmarcar el contexto legal y normativo. Para el análisis de resultados de este capítulo solo se tendrán en aquellas políticas de ámbito estatal (con influencia en Andalucía) y autonómico andaluz, a través de sus planes y estrategias que desarrollan estas políticas y que tienen repercusión en el ámbito de la comunidad autónoma andaluza, ámbito de desarrollo de este estudio.

2.1 Diseño

Se ha realizado un análisis de contenido de las políticas sanitarias dirigidas a la atención de la población migrante en el contexto estatal y andaluz para determinar los elementos de las políticas que influyen en el acceso a los servicios, teniendo en cuenta dimensiones tales como la cobertura sanitaria, la información del sistema, la comunicación, la mejora de la oferta de servicios y sistemas de información y formación, siguiendo el modelo teórico de Aday y Andersen.

2.2 Pregunta de partida

Para tratar de alcanzar este objetivo, el punto de partida de la búsqueda de documentos ha tratado de buscar una respuesta a la siguiente pregunta esencial, que es ¿Cuáles son las políticas sanitarias que establecen el marco que regula el derecho a la asistencia sanitaria de las personas migrantes?

2.3 Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una búsqueda de la información de las políticas relativas al acceso a la atención, recogida como literatura científica y literatura gris, utilizando dos estrategias:

1. En primer lugar se emplean los motores de búsqueda Biblioteca virtual Pública de Andalucía, Lilacs y Embase. Se han revisado también las bases de datos de los organismos estatales y autonómicos con competencias en migración y salud (Ministerios, Departamentos y Universidades) y se han seguido los enlaces considerados de interés. Se han utilizado los siguientes descriptores organizados de la siguiente manera:

- Bloque A – Inmigración, inmigrante/s, migraciones, migrante, extranjeros/as, extranjería, situación regular, situación irregular
 - Bloque B – Salud, sanidad, sanitario, servicios sanitarios o sociosanitarios, atención sanitaria, factores socioculturales, atención intercultural.
 - Bloque C –descriptores para la localización de administraciones públicas en España.
- La estrategia de búsqueda será: Bloque A AND Bloque B AND Bloque C.

2. Para la discusión se realiza una actualización de la literatura. En este caso se hizo una revisión de la literatura científica que hablaba de políticas, mecanismos, etc. que regulan el acceso sanitario de personas migrantes y también artículos donde las propias personas migrantes o profesionales de ámbito social o sanitario hablen sobre dicho acceso al sistema sanitario. En esta búsqueda se contemplaban datos de personas migrantes en situación regular y de personas migrantes en situación irregular:

- El ámbito: ámbito Andalucía, estado Español, y Europa.
- Período: desde 2008 a la actualidad, actualizado en 2014, 2016 y 2018.
- Idiomas: inglés y español.
- Descriptores: inmigrante, migrante, extranjero, minoría étnica, grupos minoritarios, refugiados, desplazados, temporeros, personas de otras nacionalidades, personas inmigradas, población vulnerable, grupos de exclusión social. Personas migrantes en situación regular/migrantes regulares/documentados/con papeles. Personas migrantes en situación irregular/migrantes irregulares/indocumentados/sin papeles. Acceso sanitario de personas migrantes.

2.4 Análisis de documentos

2.4.1 Criterios de selección de documentos

1. Para el primer grupo de documentos (planes, legislación existente, documentos oficiales) se seleccionan aquellos escritos en español en los que aparecían políticas dirigidas a la población migrante para el nivel estatal y Andalucía que estén vigentes en los años comprendidos entre 2008 y 2016 (**anexo 5 y anexo 6**):
 - Se ha realizado una descripción del contenido de la política sanitaria de migración vigente.
 - Se realiza la descripción de los resultados de la implantación de la política sanitaria de inmigración.

2. Para la revisión de la literatura, se seleccionan los artículos en los que, a partir de la lectura del Abstract, hablan de las políticas sobre acceso a la salud pública que tienen dentro de ámbito de actuación España y Andalucía.

2.4.2 Dimensiones para el análisis de los documentos

Se ha realizado un análisis de contenido de las políticas y su desarrollo a través de planes o estrategias identificadas y que se considera que pueden permitir una la clasificación sistemática, la descripción e interpretación de los contenidos de los documentos. Dada la variabilidad estructural que presentan los documentos seleccionados se extrae, de cada uno, la información referente a las dimensiones de análisis. Las dimensiones que se consideran en el análisis y que se tendrán en cuenta en la exposición de resultados de este objetivo son la de qué forma se definen migrante y acceso; los principios y objetivos de la política relacionados con el acceso; las estrategias relacionadas con el acceso según ámbito de actuación; y la evaluación prevista de la política.

3 Descripción de resultados

Los resultados se presentan estructurados de la siguiente manera:

- En primer lugar se recoge el marco político y la estructura bajo la que se rige la política migratoria desde el marco de los Derechos Humanos.
- A continuación se describen las principales normativas, leyes y declaraciones relacionadas con el acceso sanitario de las personas migrantes a nivel internacional, europeo y español.
- Se presenta, a nivel estatal y andaluz, la información relevante de cada uno de los documentos seleccionados.
- Se muestra un análisis genérico de las políticas y planes específicos de Andalucía, teniendo en cuenta las categorías principales de análisis descritas anteriormente: de qué forma se definen migrante y acceso; los principios y objetivos de la política relacionados con el acceso; las estrategias relacionadas con el acceso según ámbito de actuación; y la evaluación prevista de la política.

El análisis de los documentos seleccionados para observar las políticas se ha hecho de forma manual, sin utilizar programa informático específico para el análisis. En procedimiento utilizado ha sido el siguiente: en primer lugar se ha procedido a la lectura de los documentos, en segundo lugar se han seleccionado de cada uno de ellos los elementos o dimensiones relevantes para las categorías predefinidas y por último, se ha realizado una caracterización genérica de los resultados, utilizando, en algún caso, ejemplos concretos.

3.1 Marco político y la estructura bajo la que se rige la política migratoria desde el marco de los Derechos Humanos

Para presentar los resultados obtenidos para este objetivo, es importante presentar el marco político de nuestro contexto. Políticamente hablando, España es un Estado social y democrático de Derecho. Este estado es regulado por valores superiores de su ordenamiento jurídico, la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político. La organización territorial del Estado se constituye en Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas, provincias y municipios. El marco legislativo superior es la Constitución española de 1978, que reconoce y garantiza su derecho a la autonomía para la gestión de sus respectivos intereses, y responsabiliza al Estado de la realización efectiva del principio de solidaridad (47). El estado debe garantizar el establecimiento de un equilibrio económico, adecuado y justo entre las diversas partes de todo el territorio español.

España está compuesta por 17 Comunidades Autónomas y por las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Los Estatutos de Autonomía de las distintas Comunidades son la norma institucional básica de cada una de ellas y el Estado los reconoce y ampara como parte integrante de su ordenamiento jurídico.

España es un país plurilingüe donde, el castellano coexiste con otras lenguas también de carácter oficial: el catalán, el valenciano, el gallego y el euskera.

La forma política del Estado español es la monarquía parlamentaria, donde el Rey es el Jefe de Estado y los poderes están separados en poder legislativo, ejecutivo y judicial (100,101).

El poder legislativo reside en las Cortes Generales, se integra por representantes del pueblo español elegidos cada cuatro años. Este poder está compuesto por dos Cámaras: el Congreso de los Diputados y el Senado.

El poder ejecutivo corresponde al Gobierno de la Nación, compuesto por Presidencia, vicepresidencia, ministros y ministras y demás integrantes que la ley establezca.

El poder judicial: La Constitución establece que la Justicia emana del pueblo y es administrada, en representación del Rey, por los jueces y magistrados. El Tribunal Constitucional es el intérprete supremo de la Constitución, independiente de los demás órganos constitucionales.

La legislación y normativa relativa a las políticas migratorias residen en el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, el cual incluye **Secretaría General de Inmigración y Emigración**, órgano encargado de desarrollar la política migratoria definida por el Gobierno en materia de migración, integración de los migrantes y ciudadanía española en el exterior. Su organigrama es el siguiente: (101)

Tabla 1: Organigrama Secretaría General de Inmigración y Emigración

SECRETARÍA GENERAL DE INMIGRACIÓN Y EMIGRACIÓN	
Gabinete Técnico	Observatorio Español de Racismo y Xenofobia
	Observatorio Permanente de la Inmigración
Dirección General de Migraciones	Subdirección General de Inmigración
	Subdirección General de Integración de los Inmigrantes
	Subdirección General de Emigración
SECRETARÍA GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN ECONÓMICA	
SECRETARÍA GENERAL DE RÉGIMEN JURÍDICO	

3.2 Marco normativo en el contexto internacional mundial

Para entender el derecho y políticas que regulan la asistencia sanitaria de las personas migrantes en el contexto español y andaluz, partimos del marco de derechos humanos a nivel internacional. Este marco se establece a través de documentos normativos o legislativos y declaraciones(41).

A continuación se describen los documentos normativo-legislativos más relevantes que configuran este marco.

I. **Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)** en cuyos principios encontramos:

- **La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social**, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- El goce del **grado máximo de salud** que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano **sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social**.
- La **salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad** y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los **resultados** alcanzados **por cada Estado** en el fomento y protección de la salud **son valiosos para todos**.
- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye **un peligro común**.
- El **desarrollo saludable del niño** es de importancia fundamental; La capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
- La extensión a todos los pueblos de **los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines** es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- Una **opinión pública bien informada y una cooperación activa** por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.
- **Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplido mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas**.

2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966. ONU.

– Art. 12.1.:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el **derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.**

3. Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990.

– Art.28:

Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

4. Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, 1969. ONU.

Artículo 5

iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;

5. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979. ONU.

– Salud (Artículo 12)

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

6. Convención sobre los Derechos del Niño, 1989. ONU.

– Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la

rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

7. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,

- **Comentario general, N°14, El derecho al disfrute del más alto posible nivel de salud, 2000. ONU.**

Habla de la **salud como un derecho fundamental**. El derecho a la salud se entiende como el derecho al acceso sanitario, a determinantes básicos de salud como a la participación ciudadana. De ahí que los elementos esenciales son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención sanitaria.

Los factores determinantes son el agua, saneamiento, alimentos, nutrición, vivienda, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, educación, información, etc.

La obligación de los estados que forman parte de la ONU es proveer a la ciudadanía de Atención sanitaria y acceso a medicamentos básicos, no discriminación e igualdad en el derecho de acceso, la protección de grupos vulnerables y por último, de medidas restrictivas únicamente después de un examen exhaustivo de alternativas.

No obstante, en este comentario se suscribe que existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud, los estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud sin denegar o limitar el acceso igual de todas las personas y proteger que la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención sanitaria.

8. Resolución WHA58.33 de Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad. OMS

- Reconociendo la importancia que tiene la función de los órganos legislativos y ejecutivos de los Estados para profundizar en la reforma de los sistemas de financiación de la salud con el fin de lograr la cobertura universal, I. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que velen por que los sistemas de financiación de la salud prevean un método de pago anticipado de las contribuciones para la atención de salud, con objeto de repartir el riesgo dentro de la población y evitar que las personas incurran en gastos sanitarios desastrosos o caigan en la pobreza por haber requerido atención de salud;
 - 2) a que velen por una distribución adecuada y equitativa de una infraestructura sanitaria de buena calidad y de los recursos humanos para la salud a fin de que los asegurados reciban servicios de salud equitativos y de buena calidad acordes con el paquete de prestaciones;

3) a que velen por que los fondos externos destinados a actividades o programas de salud concretos sean gestionados y organizados de tal manera que contribuyan a la creación de mecanismos duraderos para financiar el sistema de salud en su conjunto;

4) a que introduzcan en sus planes la transición a la cobertura universal de sus ciudadanos para contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la población, la mejora de la calidad de esa atención, la reducción de la pobreza, el cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y la salud para todos;

5) a que reconozcan que al gestionar la transición a la cobertura universal será preciso formular las distintas opciones teniendo en cuenta la situación macroeconómica, sociocultural y política de cada país;

6) a que, cuando convenga y bajo la firme rectoría global del gobierno, aprovechen las oportunidades existentes de colaboración entre proveedores públicos y privados y organismos de financiación de la salud;

7) a que intercambien experiencias sobre diferentes métodos de financiación de la salud, comprendida la elaboración de planes de seguro social de enfermedad y planes privados, públicos y mixtos, con especial referencia a los mecanismos institucionales establecidos para cumplir las principales funciones de un sistema de financiación de la salud;

9. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006. ONU

Artículo 25: Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales; d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

10. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,

– Comentario general, N°19, El derecho a la seguridad social, 2007. ONU

- › En el que se establece que el derecho a la seguridad social incluye el derecho a no ser sometido a restricciones arbitrarias o poco razonables de la cobertura social existente, ya sea del sector público o del privado, así como del derecho a la igualdad en el disfrute de una protección suficiente contra los riesgos e imprevistos sociales.
- › Aquí se incluyen los riesgos e imprevistos sociales, en que se establece que el sistema de seguridad social debe abarcar las siguientes nueve ramas principales de la seguridad social.

a) Atención de salud

13. Los Estados Partes tienen la obligación de garantizar que se establezcan sistemas de salud que prevean un acceso adecuado de todas las personas a los servicios de salud. En los casos en que el sistema de salud prevé planes privados o mixtos, estos planes deben ser asequibles de conformidad con los elementos esenciales enunciados en la presente observación general. El Comité señala la especial importancia del

derecho a la seguridad social en el contexto de las enfermedades endémicas, como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo y la necesidad de proporcionar acceso a las medidas preventivas y curativas.

11. **Asamblea Mundial de la Salud de los migrantes.** OMS WHA61.17,2008

Organización Mundial de la salud, en su 61 Asamblea mundial, establecía la salud de las personas migrantes como una de las prioridades. Para la OMS, el enfoque de Salud Pública en la atención a la salud de las personas migrantes, basada en un enfoque de salud basado en la población, se basa en cuatro principios básicos: el primero de los principios es evitar desigualdades entre los migrantes y la población de acogida en cuanto a la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud, el segundo garantizar los derechos sanitarios de los migrantes, para lo cual hay que limitar la discriminación o estigmatización y suprimir los obstáculos que impiden el acceso de los migrantes a las intervenciones preventivas y curativas. El tercer principio se basa en establecer intervenciones que salven vidas para reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, asociadas con las migraciones originadas por desastres o conflictos y por último, el cuarto, minimizar las consecuencias negativas del proceso migratorio en los resultados sanitarios de los migrantes.

12. **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**

Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. España, 6 de junio de 2012. ONU

13. **Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.** Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el que encontramos:

– Artículo 25.1.

“**Toda persona tiene derecho** a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud y el bienestar**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

14. **Declaración de Alma-Ata, 1978.** OMS.

Esta es la Declaración por excelencia en favor de la salud como un derecho humano. Esta declaración se expuso en un manifiesto en forma de decálogo que dio un nuevo rumbo a la implementación de la Medicina de Familia y Comunitaria en todo el mundo.

15. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986. OMS.

Es un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986, como una clara declaración de intenciones bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, y basada en la Declaración de Alma Ata y el documento de “Objetivos de Salud para todos” de la OMS.

16. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado, 2005. OMS

“La Carta de Bangkok afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.

La Carta de Bangkok complementa, basándose en ellos, los valores, principios y estrategias de acción para el fomento de la salud establecidos en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, así como las recomendaciones de las sucesivas conferencias mundiales sobre promoción de la salud que han sido ratificadas por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud.”

17. Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2011. OMS

Declaración adoptada durante la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud el 21 de octubre de 2011. Esta declaración formula un compromiso político global para la implementación de un enfoque de determinantes sociales de la salud para reducir las inequidades en salud y lograr otras prioridades mundiales, como adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo, fomentar la participación en la formulación y aplicación de políticas, seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias, fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo, vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas y hacer un llamamiento para una acción mundial.

3.3 Marco normativo en contexto europeo

En el contexto europeo encontramos algunos documentos estratégicos que marcan a su vez el contexto normativo relativo al derecho a la salud de la población general, y que rigen el derecho de personas extranjeras y migrantes.

1. Consejo de Europa, Carta Social Europea, 1961

11. Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar.

2. Consejo de Europa, Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, 1997

– Artículo 3: Acceso igualitario a los beneficios de la sanidad

Las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso igualitario a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada.

3. Parlamento europeo, Consejo de Europa y Comisión Europea. Carta Europea de Derechos Fundamentales, 2000

Artículo 35: Protección de la salud

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

4. Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE

– El Parlamento Europeo (...)

Pide a los Estados miembros que garanticen que los grupos más vulnerables, incluidos los migrantes indocumentados, tienen derecho a un acceso equitativo a la asistencia sanitaria y disfrutan de él en la práctica; pide a los Estados miembros que examinen la viabilidad de apoyar la asistencia sanitaria para los migrantes en situación irregular; a través de una definición, basada en principios comunes, de los elementos básicos de dicha asistencia tal y como se encuentran definidos en sus respectivas legislaciones nacionales;

5. Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, Art. 168, 1957. Unión Europea.

Es uno de los principales documentos que configuran la constitución material de la Unión Europea. Firmado en Roma en 1957 como Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea, ha pasado por varias reformas y denominaciones (hasta 1992 Tratado CEE y de 1992 hasta 2009 "Tratado constitutivo de la Comunidad Europea") hasta llegar hasta el Tratado de Lisboa, que es el actual.

El artículo 168 se ocupa de la salud en el marco de la UE. Entre sus enunciados, seleccionamos los siguientes:

1. "Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.

La acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias, y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

7. La acción de la Unión en el ámbito de la salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Las responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios. (...)"

6. Parlamento Europeo. Consejo de Europa y Comisión Europea. Carta Europea de Derechos Fundamentales, Art. 35, 2000.

Esta carta es un documento que contiene provisiones de derechos humanos y fue proclamado por el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea y la Comisión Europea el 7 de diciembre de 2000 en Niza.

Este documento **reúne todos los derechos hasta el momento repartidos en los diferentes instrumentos legislativos como las legislaciones nacionales y los convenios internacionales** del Consejo de Europa, de las Naciones Unidas y de la Organización Internacional del Trabajo. Al dar visibilidad y claridad a los derechos fundamentales.

La importancia trascendental de esta carta es que **contribuye a desarrollar el concepto de ciudadanía de la Unión, así como a crear un espacio de libertad, seguridad y justicia**. Para ello, refuerza la seguridad jurídica por lo que se refiere a la protección de los derechos fundamentales, protección que desde 1969 se garantizaba mediante la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea y con la actual redacción del Artículo 6 del Tratado de la Unión Europea.

Entre sus artículos, destacamos:

– Artículo 35: Protección de la salud

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

7. Parlamento Europeo. Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE, 2011.

Tras las consideraciones que hace la regulación, se establecen las siguientes recomendaciones para la Comisión Europea y los estados miembros. Se han seleccionado aquellas que tiene relación con el tema que nos ocupa:

1. Se congratula de las sugerencias clave formuladas por la Comisión en su Comunicación titulada «**Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE**», a saber, 1) realizar una **distribución más equitativa de la salud como parte de nuestros objetivos globales de desarrollo social y económico**; 2) **mejorar las bases de conocimientos y datos** (lo que incluye la medición, la supervisión, la evaluación y la transmisión de la información); 3) comprometer a toda la sociedad en la **reducción de las desigualdades sanitarias**; 4) satisfacer las **necesidades de los grupos vulnerables**, y 5) **desarrollar la contribución de las políticas de la UE a la reducción de las desigualdades sanitarias**;

2. Destaca la importancia de que **los servicios de asistencia sanitaria se presten de manera coherente con los derechos fundamentales**; señala la **necesidad de mantener y mejorar el acceso universal a los sistemas sanitarios y a una asistencia sanitaria asequible**;

5. Pide a los Estados miembros que **garanticen que los grupos más vulnerables, incluidos los migrantes indocumentados, tienen derecho a un acceso equitativo a la asistencia sanitaria y disfrutan de él en la práctica**; pide a los Estados miembros que examinen la viabilidad de apoyar **la asistencia sanitaria para los migrantes en situación irregular**, a través de una definición, basada en principios comunes, de los elementos básicos de dicha asistencia tal y como se encuentran definidos en sus respectivas legislaciones nacionales;

6. Pide a los Estados miembros que tengan en cuenta las **necesidades específicas de protección de la salud de las mujeres inmigrantes**, y que se aseguren en particular de que los **sistemas sanitarios prestan servicios adecuados de mediación lingüística**;

recuerda que dichos sistemas deberían desarrollar iniciativas de formación que permitieran a los médicos y otros profesionales adoptar un **enfoque intercultural** basado en el reconocimiento y el respeto de la diversidad y en la sensibilidad hacia personas originarias de diferentes regiones geográficas; pide, asimismo, que se conceda prioridad a las medidas y las campañas de información dirigidas a combatir la mutilación genital femenina, de tal forma que se contemplen sanciones severas para quienes la practiquen;

9. Destaca que **la crisis económica y financiera y las medidas de austeridad tomadas por los Estados miembros, en particular en el ámbito de la oferta, pueden conducir a una reducción del nivel de financiación de los servicios de sanidad pública, promoción de la salud, prevención de enfermedades** y atención a largo plazo como resultado de los recortes presupuestarios efectuados y de la disminución de los ingresos fiscales, al tiempo que puede aumentar la demanda de servicios sanitarios y de atención a largo plazo debido a una combinación de factores que contribuyen al deterioro del estado de salud de la población general;

68. Insta a todos los Estados miembros a que reconozcan **la importancia de la salud para la sociedad y a superar el enfoque centrado en el PIB para medir el desarrollo social, comunitario y de las personas;**

69. Insta al Consejo a que haga de los esfuerzos para **luchar contra las desigualdades en salud una prioridad política en todos los Estados miembros**, teniendo presentes **los determinantes sociales de la salud** y los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, como el alcohol, el tabaco y la nutrición, mediante medidas en ámbitos políticos como la política de los consumidores, el empleo, la vivienda, la política social, el medio ambiente, la agricultura y la alimentación, la educación, las condiciones de vida y de trabajo, y la investigación, dentro del respeto del principio de «salud en todas las políticas»;

70. Pide a la Comisión que **apoye las acciones financiadas por los actuales y futuros planes de acción de salud pública para abordar los factores sociales determinantes de la salud;**

8. Consejo de Europa. Carta Social Europea, 1961.(Revisada)

La carta Social Europea es un instrumento de provisión de derechos humanos. Contiene una lista de **19 derechos sociales en el ámbito principalmente laboral y de la salud**. En 1988 se adoptó un Protocolo adicional con cuatro nuevos derechos y en 1996 adoptó un nuevo texto, que ahora se llama **Carta Social Europea (revisada)**, hasta alcanzar los **31 derechos sociales**.

Entre los derechos humanos reconocidos, destacamos:

11. Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar.

12. Todos los trabajadores y las personas a su cargo tienen derecho a la Seguridad Social.

13. Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica.

9. Los trabajadores migrantes nacionales de cada una de las partes contratantes y sus familias tienen derecho a la protección y a la asistencia en el territorio de cualquiera otra parte contratante.

9. Consejo de Europa. Recomendación Rec (2001) 12 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la adaptación de los servicios de atención de la salud a la demanda de atención de la salud y servicios de atención de la salud de las personas en situaciones marginales.

10. Consejo de Europa. Asamblea Parlamentaria. Recomendación 1503 (2001). Condiciones de salud de migrantes y refugiados en Europa

Consideramos las siguientes afirmaciones de la Asamblea:

1. El alcance cada vez mayor de los **movimientos migratorios en todo el mundo** plantea **cuestiones específicas de salud** tanto en los países de origen como en los receptores.

2. Los **migrantes** no pueden considerarse exclusivamente como proveedores de mano de obra, sino también **como merecedores de derechos**, y especialmente del **derecho a la igualdad de trato, sobre todo en relación con las condiciones de salud.**

6. **La Asamblea considera que el derecho a la salud asociado con el acceso a la atención de la salud es uno de los derechos humanos básicos universales y debe aplicarse por igual a todas las personas, incluidos los migrantes, los refugiados y las personas desplazadas.**

7. La Asamblea está muy preocupada porque **en muchos países europeos hay migrantes que quedan fuera del alcance de los servicios sanitarios y sociales existentes.**

Y entre las recomendaciones que se realizan consideramos relevantes para el acceso:

F. examinar más de cerca el problema de los **obstáculos culturales que impiden el acceso a la atención médica**, incluida la cuestión de la traducción / interpretación.

G. establecer **programas diseñados para capacitar a los proveedores de servicios de salud para que sean más sensibles a las necesidades y antecedentes de los migrantes y refugiados.**

11. Parlamento Europeo. Consejo de Europa. Reglamento (CE) N°883/2004 del Parlamento Europeo y del consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

Esta normativa garantiza, en aras a la igualdad del derecho a la salud de las personas, y respetando la idiosincrasia de los diferentes sistemas sanitarios de los países miembros, los derechos de seguridad de las personas que se desplazan de un país a otro para trabajar.

La adopción de las normad de este reglamento se realizarán a través del Reglamento (CE) N° 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) NO883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

12. Consejo de Europa. Recomendación Rec (2006)18 sobre los servicios de salud en una sociedad multicultural.

Considerando los principios y derechos humanos que rigen las políticas europeas en materia sanitaria, entre otras recomendaciones, esta insta a **considerar las cuestiones relacionadas con la mejora del acceso y la calidad de los servicios de atención médica en las sociedades multiculturales** como una de las **áreas de acción prioritarias en la política de atención de la salud.**

Además ello, reclama **desarrollar políticas y estrategias coherentes e integrales** que aborden las necesidades de atención médica en sociedades multiculturales, **promover un enfoque intersectorial y multidisciplinario para los problemas de salud y la prestación de servicios** de salud en sociedades multiculturales, teniendo en cuenta los derechos de las poblaciones multiculturales y **promover la participación y la participación de todas las partes interesadas** (investigadores, legisladores, autoridades locales de salud, profesionales de la salud, representantes de grupos étnicos minoritarios y organizaciones no gubernamentales) **en la planificación, implementación y monitoreo de políticas de salud para poblaciones multiculturales.**

13. Consejo de Europa. Declaración de Bratislava sobre Salud, Derechos Humanos y Migración, 2007.

Esta Declaración marca un hito importante en las recomendaciones del consejo de Ministros de salud de los estados miembros instando a los países a colocar las

personas migrantes y su salud en lo alto de la agenda del diseño y creación de las políticas sanitarias.

14. OMS, Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para Europa. La Carta Tallinn Chárter, Sistemas de salud para la salud y la riqueza, 2008.

Esta carta se refiere a **los sistemas de salud que están en funcionamiento en los diferentes estados miembro de la UE y a la influencia que estos ejercen en la salud y en la riqueza de la sociedad.** Se entiende que los sistemas de salud son diversos, pero comparten un conjunto común de funciones y objetivos. Su desempeño efectivo contribuye, no solo a mejorar la salud, sino también a la participación en el mercado laboral y al desarrollo socioeconómico del país.

15. Parlamento Europeo. Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE, 2011.

Mediante esta recomendación, la UE solicita a los estados miembros, entre otras importantes medidas, que garanticen, destaquen y apliquen las siguientes directrices:

- Realizar una distribución más equitativa de la salud como parte de nuestros objetivos globales de desarrollo social y económico; 2) mejorar las bases de conocimientos y datos (lo que incluye la medición, la supervisión, la evaluación y la transmisión de la información); 3) comprometer a toda la sociedad en la reducción de las desigualdades sanitarias; 4) satisfacer las necesidades de los grupos vulnerables, y 5) desarrollar la contribución de las políticas de la UE a la reducción de las desigualdades sanitarias;
- Destacar la importancia de que los servicios de asistencia sanitaria se presten de manera coherente con los derechos fundamentales; señala la necesidad de mantener y mejorar el **acceso universal a los sistemas sanitarios y a una asistencia sanitaria asequible;**
- Señalar la importancia de mejorar **el acceso a las medidas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para toda la población.**
- Resolver las **desigualdades socioeconómicas, centrandó su atención en las necesidades de los grupos vulnerables, incluidos los grupos migrantes desfavorecidos** entre otros.
- Garantizar que los grupos más vulnerables, incluidos los migrantes indocumentados, tienen derecho a un acceso equitativo a la asistencia sanitaria y disfrutan de él en la práctica;
- Tener en cuenta las necesidades específicas de **protección de la salud de las**

mujeres inmigrantes, y que se aseguren en particular de que los sistemas sanitarios prestan servicios adecuados de mediación lingüística; recuerda que dichos sistemas deberían **desarrollar iniciativas de formación que permitieran a los médicos y otros profesionales adoptar un enfoque intercultural basado en el reconocimiento y el respeto de la diversidad y en la sensibilidad hacia personas originarias de diferentes regiones geográficas**;

- Destacar que **la crisis económica y financiera y las medidas de austeridad tomadas por los Estados miembros, en particular en el ámbito de la oferta, pueden conducir a una reducción del nivel de financiación de los servicios de sanidad pública, promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención a largo plazo** como resultado de los recortes presupuestarios efectuados y de la disminución de los ingresos fiscales, al tiempo que puede aumentar la demanda de servicios sanitarios y de atención a largo plazo debido a una combinación de factores que contribuyen al deterioro del estado de salud de la población general;
- Destacar que las **desigualdades en materia de salud en la UE suponen un peso considerable para los Estados miembros** y sus sistemas sanitarios y que el funcionamiento eficaz del mercado interior, así como políticas públicas voluntaristas —y, en la medida de lo posible, coordinadas— en materia de prevención pueden contribuir a las mejoras en este ámbito.
- Subrayar que **la asistencia sanitaria no es y no debe considerarse un producto o servicio cualquiera (...)**

3.4 Marco normativo en el estado español

Se han seleccionado las principales leyes y documentos normativos para hacer una valoración de las políticas relacionadas con el acceso sanitario de las personas migrantes a nivel español. Este apartado se divide en tres subapartados para su mejor comprensión y son los siguientes:

- Legislación básica que garantiza el derecho a la salud y al acceso sanitario de personas migrantes en España.
- Políticas De regularización administrativa de personas migrantes en España.
- Principales normativas de desarrollo de las políticas sanitarias en España.

De cada uno de los documentos revisados se ha extraído la información relevante:

3.4.1 Legislación básica que garantiza el derecho a la salud y al acceso sanitario de personas migrantes en España.

1. La Constitución Española 1978 es el marco normativo supremo de derecho a la salud.(47)

Título I (de los derechos y deberes fundamentales),

– Capítulo I (De los españoles y los extranjeros)

Artículo 13. “los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley”.

Hablamos de un derecho cuya titularidad es compartida entre ciudadanos/as nacionales y personas extranjeras, aunque el ejercicio de los mismos viene concretado por lo establecido en los Tratados y las leyes.

– Capítulo III (de los principios rectores de la política social y económica)

Artículo 43 Párrafo primero: el derecho a la protección de la salud.

Artículo 43 Párrafo segundo: traslada el mandato a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Artículo 41 establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para toda la ciudadanía, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.

“Este precepto constitucional, incrustado en el citado Título I, tiene la protección que garantiza nuestra norma fundamental en el artículo 53.3 y 4 al señalar por un lado que el reconocimiento, respeto y protección de los principios reconocidos en el Capítulo III informarán a la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, pudiendo ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de conformidad con lo que establezca el desarrollo legislativo correspondiente; y por otro queda amparado por la protección institucional del Defensor del Pueblo”. (102)

2. Ley 14/1986, General de Sanidad.(46) (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Esta Ley establece las bases del funcionamiento del Sistema Nacional de la Salud y la división de competencias entre el Estado y las CCAA.

Entre estas bases encontramos varias que se relacionan directamente con la temática de este estudio. CAPÍTULO I: De los principios generales:

- Artículo tres (2): La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
- Artículo doce: Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución.
- Artículo 38.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social incluye en su Capítulo IV dentro de la acción protectora del ámbito de la Seguridad Social “la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo”.

3. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (versión modificada: LO 2/2009).(50)

- **Artículo 12** de esta norma, dedicado al derecho a la asistencia sanitaria, estipula que: “Los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que vivan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia cuando padezcan enfermedades graves o accidentes de cualquier tipo, y a la continuidad de esta atención hasta el alta médica. Los extranjeros menores de 18 años que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que la población de origen. Las extranjeras embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto”. Esta ley ha sido denominada y es conocida como “Ley de Extranjería”.

4. Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto (102). Creación del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Este RD modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, considerando imprescindible la adaptación del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en una entidad de menor dimensión. El INGESA conserva la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse de esta nueva forma. A este Instituto le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla, y la realización de actividades que se requieran para el funcionamiento de sus servicios. **La creación del INGESA culmina la transferencia a las CCAA en materia sanitaria.**

5. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad.(48)

Esta ley complementa la Ley General de Sanidad en los aspectos de coordinación y cooperación entre las CCAA y la Administración General del Estado. La Ley de Cohesión y Calidad **tiene dos propósitos fundamentales**: garantizar la cohesión entre los Servicios de Salud de un Sistema descentralizado y facilitar su modernización.

En su artículo 3: define como **titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria** a: «...**Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional** en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000»

Esta ley, además, quiere asegurar la coordinación y cooperación entre las Comunidades Autónomas y trata de temas como las prestaciones, la cartera de servicios, los medicamentos, la educación sanitaria, etc. siendo su objetivo general garantizar la equidad, acceso de todos la ciudadanía del Estado español en igualdad de condiciones a todas las prestaciones.

Durante el periodo democrático hasta el año 2012, la legislación general vigente en términos de derecho a la asistencia sanitaria de las personas en el Estado Español, se encaminaba hacia:

- La universalización creciente de la asistencia sanitaria pública.
- La consecución del Principio de igualdad de derechos en el acceso sanitario de personas con nacionalidad española y personas con nacionalidad extranjera.
- La inscripción en el padrón como único requisito para el acceso sanitario.

6. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.(103)

Esta ley tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva. Se entiende la salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.

Disposición adicional sexta. Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública.

Extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, en los siguientes términos:

1. Se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

Esta extensión, que tendrá como mínimo el alcance previsto en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se hace sin perjuicio de lo expresado en los apartados siguientes y de la exigencia de las correspondientes obligaciones a aquellos terceros legalmente obligados al pago de dicha asistencia de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad, en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y de lo dispuesto en los reglamentos comunitarios europeos y convenios internacionales en la materia.

La extensión prevista en este apartado será efectiva para las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012. Para el resto de colectivos afectados se realizará, atendiendo a la evolución de las cuentas públicas, en los términos previstos en el apartado 3.

Esta disposición generalizaba el derecho a la asistencia sanitaria pública incorporando a aquellos colectivos que, por carencias del desarrollo reglamentario de las normas precedentes, habían quedado sin contemplar, marcando así el hito más importante en la universalización de la asistencia sanitaria en el Estado Español.

7. 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.⁽³⁴⁾

Esta ley es el eje vertebral a nivel legislativo de esta tesis. Por ello, se realiza una descripción y análisis más pormenorizado.

El objetivo fundamental de esta ley, redactado en su preámbulo, es “*afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo, lo que hace necesario que éstas se apliquen con la mayor urgencia posible. Se hace preciso, en el actual contexto socioeconómico, que dichas medidas se materialicen en un instrumento normativo de efecto inmediato que dé respuesta, sin demora, a las demandas internas de mejora de la equidad que exige la ciudadanía, de eficiencia que exige el Tribunal de Cuentas y de seguridad que exige el sector sanitario, y a las externas de transparencia y viabilidad que exige la Unión Europea*”.

Esta ley establece medidas en materia de:

- Regulación del acceso sanitario.

- Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- Fondo de Garantía Asistencial.
- Copago en medicación y productos sanitarios.
- Medidas relacionadas con la ordenación de las profesiones sanitarias.

Este RDL, al tener rango de Ley, vendrá regulado por el artículo 87 de la Constitución Española. En relación a la legislación presentada, más adelante se presentan las modificaciones realizadas a nivel legislativo en los últimos años, aunque aquí se identifican aquellas leyes que este decreto modifica en relación a los los derechos sanitarios de la ciudadanía con nacionalidad extranjera. son las siguientes Leyes:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (versión modificada por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre).
- Real Decreto 240/2007, 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.

En relación a la primera medida de regulación respecto al acceso sanitario, hay dos elementos fundamentales en los que vamos a parar: Por un lado, la modificación respecto a la cobertura sanitaria, y por otro, las modificaciones respecto a la situación del acceso sanitario para personas migrantes y/o extranjeras.

A) En relación a la cobertura sanitaria

Una de las principales reformas derivadas del Real Decreto-Ley 16/2012¹⁴, 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, al reformar el artículo 3 de la Ley 16/2003¹⁵, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, fue la **definición de concepto de asegurado**.

- › La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (103), en su Disposición Adicional Sexta, originaba la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública, corrigiendo posibles lagunas que se pudieran estar sucediendo en la cobertura de algunos colectivos de población. Esta disposición explicitaba claramente que *“extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles*

residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico”.

- › Sin embargo, esta extensión, en vigor desde el 1 de enero de 2012 para personas que hubieran agotado el subsidio o la prestación por desempleo, dejaba pendiente su desarrollo reglamentario, con un plazo de seis meses, para los colectivos que pudieran quedar fuera *“atendiendo a la evolución de las cuentas públicas”*.
- › Esta extensión, por lo tanto, no alteraba el régimen aplicado hasta entonces a las personas migrantes: derecho a la asistencia sanitaria, asegurando siempre la cobertura de la asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, protegiendo a los menores de 18 años con la misma asistencia sanitaria que los españoles, y estableciendo que las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria. Además, las personas extranjeras que se encontraran en España, inscritas en el padrón del municipio en el que tuvieran su domicilio habitual, tenían derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las españolas.

143

Por tanto, **la universalización de la cobertura sanitaria alcanzada en ese momento se rompe con la vuelta del concepto de asegurado.**

Este concepto, tanto definición como en términos de derecho, se regula a través de **Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España(104)**, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Por tanto a efectos de cobertura, a partir de su publicación tienen derecho a la asistencia sanitaria:

- Con condición de asegurado:
 - › Trabajadores, pensionistas, perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social (perceptores de prestaciones y subsidios por desempleo).
 - › Personas que hubieran agotado las mismas y se encuentren en situación de desempleo.
- Sin embargo, el resto de españoles deben demostrar que sus ingresos no superan los cien mil euros anuales y que no tienen cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

De esta manera, en lo que se refiere a personas con nacionalidad española, aunque se preveía que el número de personas que quedaban excluidas podía ser muy pequeño en cuanto al umbral económico, se rompió la cobertura universal que se había alcanzado previamente, perdiéndose un derecho básico de la ciudadanía que pasa a condicionarse a la situación económica.

A todo ello se añaden dificultades administrativas. El reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Cuando una persona cambia su condición de empleada a desempleada o de preceptora de prestaciones o subsidios a no disponer ellos se ve obligada a ir a la oficina de Seguridad Social para volver a reactivar su derecho a esta asistencia, aunque, normativamente, mantenga el derecho a la asistencia sanitaria. Mientras no resuelva su situación administrativa no podrá recibir asistencia sanitaria.

En cuanto a las personas migrantes, la situación con este Real Decreto-Ley se complicó. Según el Programa Nacional de Reformas de España 2013, la aplicación del RDL 16/2012 supuso que se dieran de baja 873.000 tarjetas sanitarias de extranjeros en España que no cumplían esos requisitos de residencia. En ese momento venía a ser casi el 20% de la población migrante residente en España. La situación de las personas extranjeras, sin estar registradas ni autorizadas como residentes en España, se modificó. Como hemos dicho, ya no era suficiente el empadronamiento para conseguir el derecho a la asistencia sanitaria, salvo en los tres supuestos establecidos: situaciones de urgencia, mujeres embarazadas y los menores de dieciocho años.

B) Modificaciones en el derecho de acceso sanitario introducidas por el RDL 16/2012

En lo que se refiere al acceso sanitario de las personas migrantes o extranjeras, el RDL 16/2012 es una ley que marca una diferencia sustancial respecto a la tendencia anterior de universalización de la asistencia sanitaria (105).

En esta tabla se recogen las principales modificaciones en esta materia, relacionando la legislación anterior y la modificación regulada por el **RDL 16/2012**.

Tabla 2: Principales modificaciones en el derecho de acceso sanitario introducidas por el RDL 16/2012 respecto a legislación anterior.

<p>Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud ,ART.3</p> <p>Titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none">- Todos los españoles y extranjeros en territorio nacional, en los términos previstos en el art. 12 de la LO4/2000.- Nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea: derecho comunitario.- Nacionales de Estados no pertenecientes a UE: derechos establecidos en leyes, tratados y convenios.	<p>Real Decreto-ley 16/2012, Art.1: Modificación de la Ley 16/2003, Art.3</p> <ul style="list-style-type: none">- Condición de asegurado:<ul style="list-style-type: none">> Trabajador por cuenta ajena o propia.> Perceptor de prestación periódica de la Seguridad Social.> Haber agotado el subsidio y estar inscrito como demandante de empleo.> Acreditar falta de recursos: personas de nacionalidad española, personas de UE, EEE y Suiza que residan en España y extranjeros titulares de autorización para residir en territorio o español.- Condición de beneficiario:<ul style="list-style-type: none">> Cónyuge o persona con análoga relación de afectividad registrada, excónyuge, descendientes menores de 26años, persona de discapacidad de igual o superior a 65%.- "Extranjeros no registrados ni autorizados como residentes" <p>Asistencia sanitaria en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none">> Urgencia por enfermedad grave o accidente> Embarazo, parto y postparto> Personas extranjeras menores de 18 años: derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que las personas con nacionalidad española.> Reconocimiento y control de condición de asegurado/ beneficiario: Transmisión de datos sin necesidad de permiso del interesado.
<p>Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (versión modificada según Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre), Capítulo 12:</p> <ul style="list-style-type: none">- Derecho a la asistencia sanitaria de personas extranjeras inscritas en el padrón del municipio en el que habitualmente residan, en iguales condiciones que las de nacionalidad española.- Personas extranjeras que se encuentren en España: derecho a atención sanitaria de urgencia (enfermedad grave o accidente), embarazo, parto y postparto.- Personas extranjeras menores de 18 años: en las mismas condiciones que españoles.	<p>Real Decreto-ley 16/2012, Disposición final tercera. Cambio del capítulo 12 de la Ley 4/2000: "Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria".</p>

Real Decreto 240/2007, 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,(106) Artículo 7-8:

Ciudadanos/as procedentes de la UE o EEE:

- Derecho a residir en territorio español por un periodo superior a tres meses.
- Obligación de solicitar la inscripción en el Registro Central de Extranjeros, presentando el pasaporte o documento nacional de identidad.
- Miembros de la familia de estados no comunitarios: Derecho a la residencia.

Real Decreto-ley 16/2012, Disposición final quinta, modificación del Real Decreto 240/2007

- Derecho a la residencia de ciudadanos/as procedentes de la UE o EEE:
 - > Trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en España.
 - > Disponibilidad de recursos + seguro de enfermedad.
 - > Matrícula por formación + seguro de enfermedad + recursos.
 - > Miembro de la familia (cónyuge o hijos) que acompaña a un ciudadano de la Unión Europea y que cumple las condiciones anteriores.
- Se mantiene condición de "trabajador por cuenta ajena o propia":
 - > Incapacidad temporal.
 - > Paro involuntario (de más de un año / contrato definido de menos de un año) + inscripción en servicio de empleo.
- Obligación de solicitar inscripción en Registro Central de Extranjeros, presentando pasaporte o documento nacional de identidad + documentación acreditativa.

Derecho a la asistencia sanitaria pública

Situación anterior:

- Principio de universalidad.
 - > Igualdad de derechos en el acceso para ciudadanía de nacionalidad española y extranjera.
 - > Regulación del acceso a la tarjeta sanitaria a través del empadronamiento.

Real Decreto-Ley 16/2012

- Principio de aseguramiento.
 - > Regulación del acceso a la tarjeta sanitaria a través de la condición de asegurado / beneficiario condición de asegurado / beneficiario.
 - > Personas con nacionalidad extranjera: Permiso de residencia y trabajo / reagrupación familiar: (Requisitos diferenciados según procedencia de estados de EU/EEE o no EU/EEE).
 - > Personas con nacionalidad extranjera no EU/EEE sin permiso de residencia / trabajo o reagrupación familiar: Limitación de la asistencia sanitaria (Urgencias, embarazo / parto / postparto).
 - > Personas extranjeras menores de edad: Igualdad de condiciones que personas con nacionalidad española.

8. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.(104)

1. Regulación de la condición de 'asegurado' y 'beneficiario' y de los procedimientos de acreditación. Regulación del acceso a la condición de 'asegurado' para personas mayores de 26 años sin cotización previa mediante la acreditación de no tener ingresos superiores a cien mil euros anuales (solo para personas con nacionalidad española o estados EU/EEE/Suiza).

2. Confirmación de la limitación del acceso sanitario de las personas migrantes en situación irregularizada; Opción de convenios especiales de pago, pendientes de regulación.

3. Reconocimiento de los derechos de acceso sanitario de personas con nacionalidad española residente en el extranjero o retornadas.

El RDL 16/2012 ha tenido diferentes aplicaciones en los diferentes territorios en España.

Por último, y para cerrar este apartado de legislación básica que garantiza el derecho a la salud y el acceso sanitario de personas migrantes en España, cabe comentar que el Tribunal constitucional ha dado respuesta los últimos años a la diferente aplicación que se ha dado RDL 16/2012 en los diferentes territorios del estado.

Cabe recordar que las diferentes aplicaciones en el desarrollo de esta norma dieron lugar, en su momento, a 3 grupos de CCAA:

1. **Andalucía, País Vasco o Cataluña:** Estas son las CCAA que bien permitían el acceso sin ningún requisito o exigían un periodo de tiempo de empadronamiento previo.

2. **Castilla la Mancha y Madrid.** El acceso quedaba restringido salvo en los tres supuestos previstos en el RDL 16/2012.

3. **Las comunidades de Galicia o Valencia** crearon un acceso paralelo en el que se optó por la introducción de una tarjeta sanitaria para personas migrantes en situación irregular.

El Gobierno de España interpuso una demanda sobre el régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Euskadi garantizaba, mediante el DECRETO 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi (107), el acceso a la atención sanitaria a las personas excluidas por el Real Decreto Ley 16/2012, en particular las personas inmigrantes en

situación administrativa irregular. La Sentencia 134/2017 del Tribunal Constitucional (108), anulaba varias disposiciones de esta normativa vasca que garantizaba esta atención sanitaria con cargo a fondos públicos autonómicos. Siguiendo la misma línea de actuación el Alto Tribunal ha tumbado los últimos años normativas semejantes promulgadas las leyes en la Comunidad Valenciana, , Extremadura, Cataluña y Navarra.

Organizaciones como Amnistía Internacional, el Centro por los Derechos Económicos y Sociales (CESR), Médicos del Mundo, Red Acoge, la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER) y semFYC denunciaban, en el caso de la sentencia vasca, que esta Sentencia vulnera obligaciones fundamentales de derechos humanos y pone en riesgo la vida de las personas excluidas del sistema sanitario por el Real Decreto-Ley 16/2012. Así mismo, la sentencia restringe la competencia autonómica en materia de desarrollo legislativo, y atenta contra el deber del Estado español de adoptar medidas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr de forma progresiva la plena efectividad de los derechos sociales, tal como lo dispone el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) ratificado por España, y comentado anteriormente.

Fueron varios los mecanismos de derechos humanos que establecían que el RDL 16/2012 que generó la exclusión sanitaria era contrario a las obligaciones de España bajo los tratados que regulan estos derechos, por tratarse de una medida regresiva injustificada y discriminatoria. Así lo consideraron organismos como el Comité de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, el Comité Europeo de Derechos Sociales y seis Relatores Especiales y Expertos Independientes de Naciones Unidas y del Consejo de Europa quienes recomendaron al Estado español su inmediata reforma.

3.4.2 Políticas de regularización administrativa de personas migrantes en España.

En cuanto a políticas de regularización de personas migrantes en España, encontramos varios hitos que marcarán este proceso entre los años 1980-2010:

- En el año 1985 España se encontraba inmersa en el proceso de su integración en la Unión Europea.
- Los cambios en la mayorías parlamentarias que generan las elecciones legislativas del 2000, aprueba la LO 4/2000 y su posterior modificación por la Ley 8/2000.
- El giro de la emigración a la inmigración y por tanto el incremento de personas migrantes en España, aumenta la percepción social de “problema de la inmigración”.
- Las directivas comunitarias sobre inmigración y asilo.

En España el fenómeno de la inmigración ha originado numerosas respuestas con el desarrollo de políticas sanitarias específicas tanto a nivel nacional – dentro del Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010 y del Plan de Calidad para el SNS-, como a nivel autonómico, con planes equivalentes e incorporando acciones específicas en los planes de salud. En el conjunto de las 17 Comunidades Autónomas y 2 ciudades autónomas se han propuesto estrategias de intervención específicas para la población migrante que abordan diferentes sectores y que han ido evolucionando en el tiempo, adaptándose a la realidad migratoria y a estas políticas nacionales. En los Planes de Salud autonómicos se ha hecho referencia a la población migrante desde 1996, inicialmente relacionándola solo con patologías como la tuberculosis y la infección por VIH, y tratándola fundamentalmente como población excluida o en riesgo de exclusión social. En los planes de inmigración, integración social y convivencia que surgen en las Comunidades Autónomas a partir del año 2004, el abordaje es más integral y se contemplan mecanismos que facilitan el acceso al sistema, el diseño de estrategias de promoción de la salud, la mejora de la formación de profesionales sanitarios en migraciones, salud y cultura, y la creación de redes de coordinación y cooperación entre las instituciones.

3.4.3 Principales normativas de desarrollo de las políticas sanitarias en España

Las principales normativas o directrices legales se desarrollan a partir de planes o estrategias. Éstos son instrumento que permiten programar, coordinar, dinamizar y evaluar la aplicación de las políticas a través de leyes y normas. Las principales normativas de desarrollo en nuestro contexto son:

Plan de atención y prevención de la violencia de género en población extranjera inmigrante 2009-2012.(109)

La Ley Integral contra la Violencia de Género garantiza los derechos de todas las mujeres víctimas con independencia del origen, religión o cualquier otra circunstancia personal o social.

El objetivo de este Plan consiste en aproximar los recursos a la población inmigrante y crear las condiciones adecuadas para la prevención de este tipo de violencia y la atención desde una perspectiva global, pues la mayor dependencia de estas mujeres hacia su agresor, debido a la falta de redes de apoyo sociales y familiares, origina una mayor inseguridad a la hora de romper con la violencia.(110)

Este plan contempla diferentes medidas entre las cuales se facilita el acceso a los recursos públicos, así como dispositivos de traducción y adecuación de los servicios y personal sanitario a las preferencias de las mujeres procedentes de otras culturas.

Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010(III)

El objetivo central del Plan Estratégico es contribuir a la construcción de una sociedad justa, inclusiva y cohesionada, en la que la convivencia de todos se desarrolle sobre valores y normas comunes, respetando la diversidad de las personas y de los grupos sociales.

Dentro de los **10 objetivos generales** el tercero vela por:

3. **Garantizar el acceso de la población que ha migrado a España a los servicios públicos**, especialmente a la educación, el empleo, los servicios sociales, **la salud** y la vivienda, en igualdad de condiciones con la población autóctona.

Dentro de las **áreas específicas de intervención** hay un **capítulo específico de salud**, donde se hace un recorrido por la situación y barreras de acceso, y que promueve las siguientes medidas para garantizar el acceso efectivo al sistema sanitario.

Medida I.1. Fomento de políticas informativas activas dirigidas a la población migrante sobre normas de acceso, derechos y deberes de los usuarios del sistema, que minimicen el impacto negativo del cambio de perfil de uso del sistema sanitario.

Medida I.2. Fomento de políticas de comunicación verbal y escrita con pacientes en el idioma que comprendan y adaptadas a su situación.

Medida I.3. Fomento del diseño de nuevas formas de trabajo tanto con profesionales como con la población inmigrante y de la incorporación de la perspectiva intercultural a la planificación y el diseño del trabajo en Salud.

Medida I.4. Fomento de la incorporación de la perspectiva de la no exclusión e igualdad de trato en todas las actuaciones y planes de salud.

Medida I.5. Fomento de actuaciones y planes de salud que establezcan cauces de relación entre los profesionales sanitarios y otros actores sociales que atienden a la población inmigrante.

Medida I.6. Fomento de acciones que mejoren la oferta y la calidad de la atención sanitaria que se presta a la población migrante.

Además de ello es importante aludir a la especial relevancia que se le dan a los determinantes sociales de la salud, la adecuación de los servicios y la formación de profesionales.

Este plan contempla una importante **partida presupuestaria**.

Plan de Calidad para el SNS 2010 (I12)

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) **está dirigido a** la ciudadanía e impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en los y las pacientes y sus necesidades, construyendo una **alianza a favor de la calidad de la atención sanitaria**.

Este Plan desarrolla objetivos y estrategias dirigidas principalmente en las áreas de promoción de la salud, equidad, excelencia clínica, historia clínica digital y sistemas de información.

En todos estos objetivos el acceso a la salud en relación a la ciudadanía en general aparece ligado al acceso a la información. No hay mención específica a la población migrante, sino que se hace mención a “diferentes grupos de poblaciones”.

En su momento, es decir, el año 2009, el presupuesto contemplado era de casi 15 millones de euros, destinados a financiar acciones encaminadas a la reducción de las desigualdades en salud y factores determinantes de la salud.

Para finalizar, a nivel estatal, hay algunos otros planes integrales y estratégicos, que contemplan atención o ayudas de forma preferente a poblaciones o personas que se encuentren en situaciones especiales. Dentro de estas poblaciones en situación especial se suele contemplar a las personas migrantes como colectivo específico. (20,113-116)

3.4.4 Marco normativo de Andalucía

Para el marco andaluz, vamos a desarrollar este apartado distinguiendo fundamentalmente 2 apartados, por un lado, la legislación vigente que rige el derecho al acceso sanitario de la población andaluza que reside en Andalucía, describiendo los documentos acreditativos para hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria, y por último, las principales normativas de desarrollo de las políticas en esta materia en Andalucía.

Legislación básica que garantiza el derecho a la salud y al acceso sanitario de personas migrantes en Andalucía

- **Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero La Ley sobre derechos y libertades de los extranjeros en el Estado español y su integración social (Ley de Extranjería)** constituye el marco jurídico actual sobre la situación de las personas migrantes también en la CCAA Andaluza.(57)
- **Real Decreto 400/1984, de 22 febrero, por el que se regula, en su artículo 1º , el Traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Autónoma de Andalucía y se traspasan los correspondientes servicios e Instituciones y medios personales materiales y presupuestarios precisos para el ejercicio de aquéllas. (117)**
- **Estatuto de Autonomía de Andalucía(51,118), establece, en su art. 20, que:** Le corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía, en las materias de Sanidad

Interior y Seguridad Social, el desarrollo legislativo y la **ejecución de la legislación básica del Estado**, salvo, en lo que se refiere a esta última, las normas que configuran el régimen económico de la misma:

- › la gestión del régimen económico de la Seguridad Social;
- › la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos;
- › la organización y administración a tales fines,

Dentro de su territorio, de todos los servicios relacionados con la materia expresada y el ejercicio de la tutela de las Instituciones, Entidades y Fundaciones en materia de Sanidad y Seguridad Social.

El Estado se reserva la alta inspección, propio al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo, debiendo ajustar la Comunidad Autónoma el ejercicio de las competencias que asuma en materia de Sanidad y Seguridad Social, a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los Sindicatos de trabajadores y Asociaciones empresariales en los términos que la Ley establezca

– **Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía.**(53)

Titulares de los derechos de la ley:

- › *Españoles y extranjeros residentes en Andalucía.*
 - › Españoles y extranjeros con residencia en el territorio nacional.
 - › Nacionales de Estados miembros de la Unión Europea: derechos comunitarios.
 - › Nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea: derechos establecidos en leyes, tratados o convenios.
 - › Servicios de emergencia: a todas las personas en Andalucía.
- **Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.**(118)

› **Artículo 12.Titulares.**

Las personas destinatarias de las políticas públicas y los titulares de los derechos y deberes contenidos en este Título son **todas las personas con vecindad administrativa en Andalucía**, sin perjuicio de lo establecido para el derecho de participación en los asuntos públicos en el artículo 30 y de acuerdo con las leyes reguladoras de los Derechos Fundamentales y Libertades Públicas.

› **Artículo 22.Salud.**

Se garantiza el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de Carácter universal.

Pacientes y usuarios/as del sistema andaluz de salud tendrán derecho a:

- a) Acceder a todas las prácticas del sistema.
- b) La libre elección de médico/a y de centro sanitario.
- c) La información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que le asisten.

– **Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.**(119)

- › **Art.1.2.** La presente ley será de aplicación a toda la población en Andalucía y así mismo, con el alcance establecido en la Ley8/2006, de 24 de octubre, del Estatuto de los Andaluces en el Mundo, será de aplicación a los andaluces y andaluzas en el exterior:

Por último, se enumeran algunas disposiciones y órdenes que hemos considerado que son políticas relacionadas con el acceso a la atención sanitaria de la población andaluza, y que incluye en todas ella a las personas migrantes que residen en Andalucía y que se encuentran en situación regular y en disposición de Tarjeta Sanitaria Individual:

Normativa de índole administrativa

Otro aspecto importante de las políticas sanitarias y que se operativizan mediante normas y regulaciones propias de la CCAA, son los **documentos que acreditan el acceso a la atención sanitaria**.

En Andalucía son los siguientes:

– **Tarjeta Sanitaria Individual.**

El acceso al Sistema Sanitario Público Andaluz, está regulado por la **Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)**.

La tarjeta sanitaria es el documento que te identifica como usuario ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía, por ello es importante que toda persona con cobertura sanitaria pública y residente en nuestra comunidad autónoma disponga de su propia tarjeta sanitaria; independientemente de su edad, incluyéndose así niños y niñas desde su nacimiento, o su nacionalidad, siempre que esté dado de alta en la Seguridad Social Española, ya sea como trabajador/a o como beneficiario/a de trabajador/a.

– **Documento de reconocimiento temporal de la tarjeta sanitaria.**

El acceso de las personas migrantes, en Andalucía, está regido por el documento de reconocimiento temporal emitido por los distritos de atención primaria y que garantiza el acceso al sistema sanitario público dentro de la comunidad autónoma.

Con este documento se hace posible la identificación de las personas migrantes y permite hacer un seguimiento de los servicios que se les presta y de su estado de salud.

Por lo tanto, el derecho a la asistencia sanitaria se formaliza con la tramitación de un documento que acredita al titular el **“Reconocimiento Temporal de Asistencia Sanitaria en Andalucía”**, y que supone igual cobertura sanitaria pública a la de cualquier persona en Andalucía.

Las características de este documento es que puede tener una validez de entre un periodo de un mes y un año, prorrogable siempre que sea necesario y se mantenga la circunstancia de irregularidad administrativa.

En Marzo de 1999 se firmó un convenio de colaboración para la tramitación del **“Documento de reconocimiento temporal de la tarjeta sanitaria”** entre la Consejería de Salud, Sindicatos, ONGs, y Fundación Progreso y Salud con el objeto de preservar la salud individual de la población migrante de Andalucía y la salud de la comunidad en la que se desenvuelven, facilitándoles su acceso al servicio sanitario con todos los derechos. (120)

Los requisitos para la obtención de la tarjeta sanitaria para las personas migrantes son:

1. Haber residido durante más de tres meses en España.
2. Presentar certificado de empadronamiento. (nota: No siempre, según “Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud”).
3. Entregar una fotocopia del pasaporte
4. Declaración, en su caso, insuficiencia de recursos.
5. Y rellenar los siguientes formularios:
 - › F6: Solicitud del reconocimiento del derecho la asistencia sanitaria.
 - › F1: Emisión de la tarjeta sanitaria.

En Andalucía el número de Documentos de Reconocimiento Temporal del Derecho de Asistencia Sanitaria a diciembre del 2008 para inmigrantes irregulares era en torno a 76.500. Estos datos no son de acceso público, como se comenta en el marco teórico de esta tesis, por lo que no se ha podido identificar la evolución del mismo. Esta cifra obtenida del Servicio Andaluz de Salud simplemente nos aproxima a una idea del número de personas con este estatus en Andalucía al principio de este estudio.

Marco de políticas de actuación en la atención sanitaria a migrantes en Andalucía

Otros documentos, no legislativos pero que configuran el marco de políticas de actuación en la atención sanitaria a migrantes en Andalucía y que son de referencia son:

– **Plan integral para la inmigración en Andalucía.**

En Andalucía, **el órgano competente en la coordinación de las políticas migratorias es la Consejería de Justicia e Interior**. Esta consejería es la responsable de la planificación de la actuación de la Administración de la Junta de Andalucía en materia de políticas migratorias y de la evaluación permanente de sus resultados.

Desde el año 2001 se vienen aprobando los llamados “Planes Integrales para la Inmigración”. Estos planes coordinan acciones y ejecutan el mandato del artículo 2.ter de la **Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social**, que se dirigen a trabajar en la incorporación del objetivo de la integración entre migrantes y sociedad receptora, con carácter transversal, a todas las políticas y servicios públicos.

a) I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (121)

El primer plan fue aprobado por el **Decreto 1/2002, de 9 de enero**. Este plan se constituyó como instrumento de planificación y coordinación de todas las políticas de la Junta de Andalucía en materia de inmigración. Este Plan Integral integra Documentos Técnicos de Seguimiento de carácter anual de permanente seguimiento y evaluación así como una evaluación externa comprensiva de los cuatro años de vigencia del Plan.

b) II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, 2006-2009 (122)

El II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009, se aprobó mediante el **Decreto 92/2006, de 9 de mayo**. Este segundo plan responde a los importantes cambios acaecidos en Andalucía en relación con el hecho migratorio.

El importante aumento demográfico de personas migrantes en Andalucía hizo que el hecho de la necesidad de integración tanto de migrantes como de personas autóctonas a esta nueva realidad estructural fuera necesaria.

Por tanto, este segundo plan recogía **objetivos importantes como objetivos favorecer la integración social, laboral y personal de los inmigrantes**, como sujetos de derechos y deberes en el seno de la sociedad andaluza, así como **asegurar su acceso, en condiciones de igualdad, a los servicios básicos comunes al conjunto de la población**, como la **sanidad**, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica.

c) III Plan integral para la inmigración en Andalucía Horizonte 2016 (123)

Aprobado por Decreto 124/2014, de 2 de septiembre, el 4 de noviembre de 2003. Entre otros aspectos más generales establece como objetivo específico en relación a las personas migrantes la normalización de su acceso al SSPA y la captación de los colectivos que presenten riesgo especial de exclusión del sistema de protección social. En la segunda meta de dicho Plan se establece como compromiso contribuir desde el sector sanitario, a través de acciones intersectoriales, el desarrollo de políticas redistributivas de carácter internacional con especial atención a los colectivos desfavorecidos y en riesgo de exclusión social.

En la actualidad este III Plan integral para la inmigración en Andalucía está siendo evaluado y se trabaja en el IV Plan integral para la inmigración en Andalucía, con especial énfasis en el diseño y construcción de indicadores de salud que puedan evaluar las condiciones sanitarias y de resultados de salud de las personas migrantes que residen en Andalucía.

– **Organismos instrumentales de desarrollo de normativas a tener en cuenta:**

En la página web de la consejería de Justicia e Interior(124) encontramos la descripción de otros espacios donde actualmente se trabaja la integración social de las personas migrantes que residen en Andalucía en la actualidad. Incluimos una somera descripción, utilizando de forma literal lo publicado en su página web:

› Foro Andaluz de la Inmigración

“El Foro Andaluz de la Inmigración es un órgano de consulta, representación y participación en el ámbito de la política social para inmigrantes de origen extranjero residentes en Andalucía.”

› **Foros Provinciales de la Inmigración**

“En cada una de las provincias de la Comunidad Autónoma de Andalucía existen Foros Provinciales de la Inmigración para la consulta, representación y participación a nivel provincial en el ámbito de las políticas para la inmigración y la diversidad cultural.”

› **Comisión Interdepartamental de Políticas Migratorias**

“Es el órgano de asesoramiento de la Junta de Andalucía en materia migratoria. Su función es promover la coordinación y el impulso de las actuaciones en materia de migración que en el ámbito de sus competencias mantienen las Consejerías de la Junta de Andalucía tales como sanidad, educación, empleo, bienestar social, justicia, seguridad y protección, etc.”

› **Foro para la Integración Social de los Inmigrantes**

“Es el órgano de consulta, información y asesoramiento en materia de integración de las personas inmigrantes a nivel estatal.”

› **Asociacionismo y participación ciudadana**

“A través del asociacionismo, de las fundaciones y entidades sin ánimo de lucro en general, se encauza la participación ciudadana en materia de integración de las personas inmigrantes en Andalucía y facilita el trabajo en red.”

› **Redes Interculturales**

“Es un proyecto que promueve la cooperación en red, el intercambio de experiencias y la comunicación entre entidades pertenecientes al Tercer Sector en Andalucía que están relacionadas con el hecho migratorio, la gestión de la diversidad cultural y la interculturalidad.”

– **Plan de salud Andaluz.**

Por último, en materia sanitaria, no podemos dejar de citar los Planes de Salud a nivel Andaluz, que son el marco de referencia de todas las actuaciones de salud que se llevan a cabo por un gobierno en un contexto territorial concreto, en es nuestro caso, en el contexto de Andalucía.

Como elementos fundamentales para el tema que nos ocupa, en el año 2008 y en el marco del **III Plan Andaluz de Salud** (125), se firmó un acuerdo de colaboración para desarrollar las estrategias contenidas en el mismo, relativas a mejorar el acceso a la salud de los las personas migrantes sin recursos y que ejercen la prostitución. Tanto asociaciones como ONG debían realizar labores de acompañamiento y promoción de la salud, formación de mediadores y participación en la acción local. Las tareas serían supervisadas por una Comisión de Seguimiento y se desarrollarían en las áreas de acceso, salud materno- infantil, salud mental, cuidadoras, prostitución y adicciones.(126)

En la actualidad está en vigencia el **IV Plan Andaluz de Salud** (127), que describe a la población migrante como una parte de acción prioritaria la comunidad Autónoma de Andalucía. En este sentido, partiendo de la base que la comunidad migrante es caracterizada en Andalucía como más joven de promedio y más sana, **el plan contempla acciones para eliminar barreras y lograr un acceso real al uso de los servicios de salud por parte de las personas migrantes.** Este plan concibe el Sistema Sanitario como un nexo de unión y un integrador social.

– **Plan de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014(128)**

El Plan de Calidad se divide en 3 escenarios diferenciados: ciudadanía, profesionales y espacio compartido. Dentro de cada escenario se plantean los objetivos a tratar y las líneas de acción para desarrollar dichos objetivos.

Dentro del escenario de ciudadanía no se realiza ninguna diferenciación en el enunciado de sus objetivos, medidas y acciones para personas migrantes.

El Plan persigue un objetivo fundamental dirigido a lo que denomina **la persona**, contemplando que sus diferencias y su estado de salud orientarán la atención sanitaria promoviendo estilos de vida saludables y facilitando el desarrollo de su proyecto vital.

Su línea de acción 1.1. Viene a definir estas diferencias como “Las características de las personas desde diferentes ámbitos, su capacidad funcional, diferencias socioculturales, geográficas y multiculturales,

las necesidades expresadas y sentidas, los derechos, valores y creencias, la diversidad, determinarán en el sistema sanitario una respuesta personalizada de la atención.”

Por último, también se ha tenido en cuenta **el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020(129)**.

Resultados del Análisis

En general, podemos decir que tras esta revisión de las políticas y documentos legislativos, podemos observar que en España y Andalucía el fenómeno migratorio ha originado un importante desarrollo normativo. Por un lado, es importante el desarrollo de políticas sanitarias específicas dirigidas a población migrante, tanto a nivel estatal como autonómico. Por otro lado, cabe destacar también que se han definido también documentos específicos dirigidos a población migrante en relación con el acceso a la atención sanitaria.

Tradicionalmente, en los Planes de Salud autonómicos se ha hecho referencia la población migrante pero en relación a patologías específicas, como la infección por VIH y/o la tuberculosis y/o tratándola fundamentalmente como población excluida, en riesgo de exclusión social o en situación de especial vulnerabilidad, como todavía se aborda en el IV Plan Andaluz de Salud(127).

Sin embargo, en los planes de “inmigración” específicos, o planes de integración social y convivencia el abordaje es más integral y se contemplan estrategias para facilitar el acceso al sistema, estrategias de promoción de la salud, la mejora de la formación de profesionales sanitarios en atención a la diversidad cultural, y la creación de redes de coordinación y cooperación entre las instituciones, como las que se han descrito anteriormente.

Tipos de definiciones de población migrante

En relación a la definición de la población migrante, podemos decir que en los documentos considerados no aparece una definición de migrante o población migrante como tal. En los textos revisados para Andalucía vemos tanto en los planes específicos (Plan de inmigración de Andalucía) como en planes generales de salud (Plan de Salud

o Plan de Calidad) se realizan aproximaciones que definen a las personas migrantes en función de los datos que se dan sobre ellos y ellas en el estado de situación “es interesante constatar que la gran mayoría de la población extranjera residente en Andalucía en situación administrativa regular, pertenece al grupo de edad de 16 a 64 años (el 81 % del total), lo cual se relaciona con el carácter predominantemente laboral o económico de la inmigración extranjera, puesto que este intervalo se corresponde con las edades laboralmente activas”(123)

Esto significa que aunque no haya una definición concreta o acotada, sí se suele delimitar el término/s que caracterizan a la población migrante. Es decir, se suelen describir las características situacionales de dichos términos, según la procedencia, estatus o situación de salud o se incluyen dentro de las poblaciones diana a las que van dirigidas las acciones o políticas: “La evolución demográfica, el envejecimiento de la población, la inmigración, la variación y aparición de nuevas patologías, la dependencia, la aparición de nuevos grupos en riesgo de exclusión social, o la evolución de las necesidades y expectativas de la ciudadanía son factores determinantes en la orientación de estas políticas pero no los únicos.”(112)

159

Terminología usada para población migrante

Dentro de los textos revisados vemos que hay una gran variabilidad en los términos empleados para hablar de esta población, esto puede ocurrir incluso dentro de un mismo documento. Como ya se ha comentado, se habla del:

- **origen de la persona** (por ejemplo “destacando la mala salud mental de las mujeres procedentes de América Latina”(129).
- **la situación administrativa y/o social** (p.e. *Las mujeres migrantes son un conjunto poco visible, invisibilidad derivada en numerosas ocasiones, además de por la propia condición de mujer, por las posibles situaciones de irregularidad,*(123),
- El tiempo de permanencia, al motivo para viajar o la diversidad cultural (p.e. “Se trata de valorar la diversidad definiendo un nuevo espacio de negociación donde compartir una gran cultura común cuyo principal rasgo sea una convivencia, no sólo pacífica, sino también en condiciones de igualdad de oportunidades”(123) o “La convivencia de diversas culturas y formas de vida, hecho provocado por las migraciones”(119).

Los términos más utilizados en los textos revisados son “extranjero” e “inmigrante”.

Derecho y requisitos de acceso

El **derecho a la asistencia sanitaria de cobertura pública** se establece en las leyes (53), dotando a las personas migrantes que residen en Andalucía el derecho a las prestaciones sanitarias en las mismas condiciones que la población autóctona, y en el caso de las personas empadronadas la atención urgente, la materna e infantil hasta los 18 años. El

RDL 16/2012 restringía este derecho a las personas migrantes en situación regular, no obstante en Andalucía no se aplica como tal, dejando la legislación tal y como aparece en la Ley de Salud de Andalucía.

Es importante resaltar la aparición en el Plan de Inmigración la tramitación de la tarjeta sanitaria temporal como requisito de acceso a la asistencia sanitaria (123). Esta, es una tarjeta que tiene una validez de un año y que se concede acreditando únicamente la identidad, aunque incluso se concede a personas que no pueden presentar documentación sobre sí mismas. Esta tarjeta facilita el acceso también a medicamentos por lo que se concede a quienes no tienen recursos económicos pero que se encuentran en ese momento, físicamente, en Andalucía, regulado bajo la “Actualización del procedimiento para la acreditación del Derecho de asistencia sanitaria y libre elección de médico” (130)

Definición de acceso y calidad

En los planes y legislación revisados no aparece una definición explícita de acceso a la atención sanitaria. En cuanto a la definición de calidad, encontramos

Tampoco existe una definición explícita para calidad de la atención, pero en el Plan Integral de Inmigración de Andalucía si aparece la intención de “Mejorar la información y accesibilidad a los recursos sociosanitarios de la población extranjera y, muy particularmente, de sus colectivos más vulnerables” como eje vertebrador del Plan.

Principios de las políticas

Los principios relacionados con el acceso a los servicios de la población inmigrante inspiran los objetivos y estrategias de los principales documentos revisados.

Los principios aparecen vinculados a la reducción de desigualdades o inequidades en salud (119,123,127,129,130), diferencias en salud (127,130) o a la promoción de políticas redistributivas que garanticen esa reducción de desigualdades (123,127).

El acceso a la salud se contempla en condiciones de equidad (53,119,123,127,129), pues se considera un derecho universal (111).

Y en Andalucía, el sistema aparece como garante de la integración a través de desarrollar atención integral y adaptada a las necesidades específicas del “paciente único” que “es la idea que resume el concepto de personalización de la atención”, (128), e incluso a necesidades específicas derivadas del proceso migratorio, como cuestiones culturales (123).

Por último, el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud está presente de forma transversal tanto en las leyes como en los planes revisados (119,123,127,129)

Objetivos de la política relacionados con el acceso a los servicios y a una atención de calidad

En general, los objetivos propuestos en los diferentes textos revisados van desde lo general hasta objetivos específicos que muchas veces se traducen en acciones concretas. Buen ejemplo de ello es el Plan Integral para la Inmigración(129).

Los objetivos que tienen que ver con el derecho se trabajan, como ya hemos comentado, desde la reducción de inequidades en salud (53,119,123,127,129) Los objetivos relacionados con aspectos que tienen que ver con el acceso a la atención son más concretos de salud y se refieren a los servicios públicos o sanitarios. Estos objetivos se dirigen principalmente a los servicios de salud y pretenden garantizar el acceso a partir de la adaptación de éstos a una sociedad que es diversa y a sus problemas específicos de salud, manteniendo una atención de calidad.(128)

161

Por último, hay una intención de adaptación de los servicios a las necesidades específicas de las personas migrantes, tanto en planes específicos como el Plan de Salud Mental como en el Plan Integral para la Inmigración(123,128). Éste último, se plantea como objetivo, además de la adaptación de los servicios a las especificidades de los usuarios, el diseño de planes de acogida para las personas recién llegadas que desconocen el sistema y sus derechos (123).

Estrategias de las políticas relacionadas con el acceso

Como estrategias de la política se recogen aquellas las estrategias, acciones y/o medidas que en los documentos analizados exponen aquello que se puede poner en marcha para lograr la consecución de los objetivos. Las estrategias que se han considerado son aquellas dirigidas a conseguir un acceso adecuado de la población migrante a la atención sanitaria, teniendo en cuenta que se pueden dirigir y por tanto, tratar de modificar factores relacionados con: los usuarios, los servicios de salud o el sistema de salud.

La mayoría de los planes están dirigidos a actuar sobre los servicios, y son pocas las actuaciones las que se dirigen a modificar las características de la población migrante que influyen en el acceso. Un ejemplo puede ser el uso de la enseñanza/aprendizaje del idioma. Son muchas las acciones dirigidas a hacer accesible la información sanitaria o de los servicios en el idioma de las personas migrante (teletraducción, traducción de folletos informativos, etc.)(128), pero son pocas las acciones dirigidas a la enseñanza del español a los migrantes como estrategia de mejora del acceso, aunque también está presente (123).

Las estrategias, medidas y/o acciones orientadas a la población migrante están generalmente dirigidas a mejorar el conocimiento sobre los servicios sanitarios y su funcionamiento mediante diversas acciones, como pueden ser la difusión de información sobre acceso, derechos y deberes, la formación, la traducción de la información a varios

idiomas o la difusión de información a través de las nuevas tecnologías a la población general (o específicamente a la población migrante) para formarlos en un uso adecuado de los servicios sanitarios(123,127,130).

Un estrategia importante es la que encontramos en El plan integral para la población inmigrante que propone realizar grupos de migrantes y formarlos en el uso adecuado de los servicios sanitarios, así como la cooperación entre Unidades de Gestión Clínica y asociaciones de ayuda mutua de migrantes y/o ONGs implicadas en la facilitación de información sobre el sistema y los servicios sanitarios(53), con la finalidad de llegar a aquellas personas migrantes a quienes no llegan las estrategias dirigidas a la población migrante en general, por ejemplo, personas con cierto nivel de analfabetismo que no pueden seguir clases de aprendizaje del español.

Estrategias orientadas a los servicios sanitarios

La mayor parte de las estrategias de los documentos revisados son estrategias propuestas en las políticas orientadas a los servicios sanitarios. La razón de ello puede ser que el propio sistema tiene un mayor control sobre el cambio en los servicios, y donde puede ser más fácil obtener buenos resultados. Hablamos de estrategias orientadas a los servicios cuando son estrategias que tienen que ver con la disponibilidad de los servicios y en cómo estos servicios se adaptan para prestar asistencia a la población migrante.

Los planes y políticas suelen definir acciones que se dirigen a facilitar la entrada a los servicios de salud, mediante la disponibilidad de recursos y acceso geográfico y otro tipo de acciones que se orientan a proporcionar acceso a una atención de calidad a través de la mejora de la comunicación, adaptación del modelo de organización de servicios, formación de los profesionales y conocimiento de la población migrante.

Centrándonos en las estrategias **orientadas a la entrada a los servicios sanitarios. En este sentido hay muy poca alusión al** aumento de recursos materiales y humanos, así como el aumento o detalle de presupuesto (123,127). Sin embargo, si aparecen más medidas destinadas a acercar el sistema sanitario a las personas (129,128). Es importante señalar que el Plan de Calidad incluye la palabra flexibilidad en varias de las acciones referidas a la organización de los centros, pero no encontramos alusiones que se refieran a acciones concretas como flexibilidad horaria, por ejemplo.

Estrategias orientadas al sistema

Estas estrategias son las que se dirigen al acceso al sistema de salud en general o las que implican acciones con otros sectores. En Andalucía, las principales acciones son las destinadas principalmente a simplificar y mejorar los trámites administrativos, sobre todo la tramitación de la TSI (123,129).

Las acciones intersectoriales para mejorar el acceso y la atención de calidad de los servicios sanitarios de las personas migrantes aparecen tanto como propuesta en las leyes como en forma de acciones en los planes. Estas propuestas siguen un modelo de salud comunitaria basada en determinantes sociales de la salud (119,123,127,129). Estas acciones aparecen en forma de colaboración con las Corporaciones Locales, sociedades científicas, agentes sociales y organizaciones no gubernamentales, las acciones y programas de promoción de salud, así como en forma de abordaje intersectorial de los problemas de salud, a través de proyectos de coordinación, protocolos de atención socio-sanitaria, mesas de salud, foros, guías de recursos intersectoriales, informes de prioridad de Trabajo Social y otros instrumentos que mejoren la calidad de vida y el acceso a los servicios sanitarios de estas personas y/o colectivos. Uno de los objetivos generales del Plan Integral de Inmigración resume esta idea en estas palabras "Fomentar la coordinación, la cooperación y el seguimiento de las actuaciones de los poderes públicos y los agentes sociales y económicos implicados, para poner en valor y rentabilizar los recursos disponibles, evitando situaciones de duplicidad y asegurando, en todo caso, la coherencia entre necesidades y respuestas."(123)

163

Plan para la implementación

Los documentos revisados no presentan un procedimiento de implementación concreto del plan. Sin embargo, sí cuentan con planes de seguimiento, en los que se desarrollan indicadores y se plantea la validación continuada a través de un grupo técnico de seguimiento que realiza un informe técnico anual. Esto ocurre tanto en el Plan Integral para la Inmigración, como en el plan de Salud Mental(123). En el caso del Plan integral de Inmigración además se cuenta con un presupuesto de financiación definido por ejes de actuación, instancias responsables en cada momento y actuación, y con una periodificación anual predefinida.

En Plan de Calidad(128), sin embargo, refiere a las diferentes administraciones públicas y a la financiación de los presupuestos autonómicos como motores de actuación en cada momento.

Evaluación prevista de la política

A pesar de que la evaluación de las intervenciones se considera prioritaria en las políticas analizadas solo algunos planes la desarrollan. En la mayoría de planes revisados, hay evaluaciones previstas, no obstante, esta se limita a exponer una serie de indicadores que pretenden evaluar los resultados obtenidos (127,128,129). Estos indicadores son en su mayoría cuantitativos (nº personas de origen extranjero que acceden a la sanidad, nº de escolarizados extranjeros, nº de cursos realizados, etc.) pero también encontramos algunos indicadores cualitativos (satisfacción de profesionales o personas migrantes con determinadas actuaciones).

El plan que más desarrollada tiene la evaluación es el Plan Integral para la Inmigración de Andalucía. Las evaluaciones son periódicas y se plasman en Documentos Técnicos de Seguimiento. Mediante estos documentos técnicos se rinden cuentas a la ciudadanía sobre el cumplimiento de los objetivos anunciados, el grado de ejecución de las medidas y los avances alcanzados. Además de ello se utilizan para ver qué estrategias se deben modificar, adaptar, mejorar y/o mantener para el logro del fin último del Plan Integral para la Inmigración en Andalucía. Con este objetivo de evaluación, este plan persigue la “integración de las personas inmigrantes en la sociedad andaluza en condiciones de igualdad”(123).

El Plan Andaluz de Salud hace una descripción detallada también de su plan de evaluación, en el que se describen una evaluación interna, llevada a cabo por la Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación (CTSE) del IV Plan Andaluz de Salud, mediante informes anuales, bienales y uno final de evaluación de la consecución de los objetivos marcados, y una evaluación externa se llevará a cabo por parte de un órgano externo, que tendrá que medir el IV PAS, identificando “los efectos generados por la intervención, positivos o negativos, esperados o no, directos e indirectos, colaterales e inducidos. El análisis de los impactos se centrará en la determinación de los efectos netos atribuibles a la actuación, la magnitud y distribución de dichos efectos. A la luz de los resultados obtenidos, deberá integrar también recomendaciones de mejora de la intervención.(127)

Recursos disponibles

Los recursos disponibles para la implementación y desarrollo de las políticas no se presentan en la mayoría de los documentos analizados. Solo el Plan Integral para la Inmigración menciona aquellos recursos financieros con los que se dispone. Estos presupuestos aparecen en un anexo y son generales, es decir, no aparecen adscritos ni a los objetivos, ni a las acciones concretas.

4 Síntesis de resultados

- En España y Andalucía el fenómeno migratorio ha originado importantes respuestas, tanto a nivel legislativo como a nivel de objetivos y acciones dirigidas al acceso sanitario de las personas migrantes.
- Aunque los planes de salud tradicionalmente han tratado problemas específicos de salud, los planes integrales y de atención, integración y convivencia han tenido un abordaje más amplio de la salud y el acceso sanitario de las personas migrantes, teniendo en cuenta la importancia de los determinantes sociales de la salud.
- En la actualidad, las políticas sanitarias vigentes, definen a las personas migrantes por sus características que diferencian a las personas migrantes de las autóctona, es decir, por su origen, su tiempo de permanencia en España o por su estatus administrativo.
- En muchas de las políticas sanitarias y documentos de desarrollo normativo, el colectivo migrante va agrupado a otros colectivos porque su situación se considera de vulnerabilidad o riesgo social.
- En todos los documentos normativos revisados se mantiene la universalidad de la cobertura sanitaria, sin ninguna alusión a la exclusión sanitaria de algunos colectivos a partir del RDL 16/2012¹.
- En la redacción de las políticas sanitarias en Andalucía se habla de principios de reducción de desigualdades o inequidades en salud, de diferencias de salud en la personas migrantes (y otros), equidad y derecho universal. También aparecen los determinantes sociales de la Salud como marco teórico y conceptual.
- En relación al acceso sanitario, los objetivos de las políticas están más relacionados con los servicios públicos y con la adaptación de los servicios a las necesidades específicas de las personas migrantes.
- Las estrategias de las políticas relacionadas con el acceso están dirigidas a actuar sobre las personas migrantes, los servicios o el sistema. La mayoría de los planes están dirigidos a actuar sobre los servicios, y son pocas las actuaciones que se dirigen a modificar las características de la población migrante que influyen en el acceso.

¹ La Consejería ha tratado de suavizar algunas medidas del decreto con medidas, con muy buena voluntad, pero que no pueden oponerse al decreto (sentencias desfavorables a la postura adoptada por País vasco, Navarra, Cataluña y Valencia). No han podido, por ejemplo, universalizar la asistencia y había muchas dificultades con las derivaciones, analíticas y pruebas complementarias. Tampoco podían oponerse a los nuevos copados cuando podían dar recetas...ya que eso es seguridad social no transferida. Y las dificultades derivadas del desconocimiento algunos profesionales sanitarios y de las propias personas migrantes.

- Las estrategias, medidas y/o acciones orientadas a la población migrante están generalmente dirigidas a mejorar el conocimiento sobre los servicios sanitarios y su funcionamiento (acciones, como pueden ser la difusión de información sobre acceso, derechos y deberes, la formación, la traducción de la información a varios idiomas o la difusión de información a través de las nuevas tecnologías a la población general (o específicamente a la población migrante) para formarlos en un uso adecuado de los servicios sanitarios). Solo el Plan Integral para la Inmigración realiza formación de personas migrantes para mejorar su acceso (contempla aprendizaje del idioma).
- La mayor parte de las estrategias de los documentos revisados son estrategias propuestas en las políticas orientadas a los servicios sanitarios. La razón de ello puede ser que el propio sistema tiene un mayor control sobre el cambio en los servicios, y donde puede ser más fácil obtener buenos resultados (disponibilidad de recursos y acceso geográfico y otro tipo de acciones que se orientan a proporcionar acceso a una atención de calidad a través de la mejora de la comunicación, adaptación del modelo de organización de servicios, formación de los profesionales y conocimiento de la población inmigrante).
- En este sentido hay muy poca alusión al aumento de recursos materiales y humanos, así como el aumento o detalle de presupuesto.
- En las estrategias dirigidas al sistema en las políticas sanitarias, las principales acciones son las destinadas principalmente a simplificar y mejorar los trámites administrativos, sobre todo la tramitación de la TSI.
- Hay propuestas de acciones intersectoriales basadas en el enfoque comunitario, y basado en el marco de los determinantes sociales de la salud.
- Los planes tiene propuestas variadas de evaluación, pero no hemos encontrado ningún resultado relevante que refleje una evaluación del acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria.
- Los recursos disponibles para la implementación de las políticas es prácticamente inexistente en la redacción de los documentos revisados. Solo hemos encontrado presupuesto en el Plan Integral para la inmigración de Andalucía.
- Un punto importante a considerar es que vemos que las políticas revisadas son aquellas “políticas explícitas” en la que el gobierno Andaluz tiene una intención directa de modificar el acceso de los emigrantes. No obstante, hay que considerar todo el resto de políticas económicas, que implícitamente ha tenido un papel trascendental en el funcionamiento y acceso al sistema sanitario público de la población general y de las personas migrantes en particular; como la reducción de personal, la de inversiones, y los recortes.

Capítulo

3

LOS RELATOS:

LA PERSPECTIVA DE LAS
PERSONAS MIGRANTES SOBRE
EL ACCESO A LA ATENCIÓN
SANITARIA

1.	Introducción: la necesidad de considerar la perspectiva de personas usuarias en el diseño y evaluación en salud	175
2.	Objetivos	179
3.	Metodología	180
3.1.	Ámbito	181
3.2.	Personas participantes	181
3.3.	Estrategia de selección de participantes	182
3.4.	Técnica	182
3.5.	Desarrollo del trabajo de campo	182
3.6.	Análisis	186
3.7.	Procedimiento	186
3.8.	Consideraciones éticas	187
3.9.	Presentación de resultados	187
4.	Resultados Objetivo 2	188
4.1.	Definición migrante/extranjero	188
4.2.	Definición de acceso	190
4.3.	Entrada al sistema	191
4.3.1.	Provisión de información de entrada al sistema y sobre la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual)	192
4.3.2.	Fuentes de información y conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios.	194
4.3.3.	Trámites de obtención de la TSI: TSI como barrera y facilitador	199
4.3.4.	Posesión de la TSI	201
4.3.5.	Consecuencias de no tener TSI.	203
4.4.	Factores relacionados con los servicios que influyen en el acceso	204
4.4.1.	Entrada a los servicios	204
4.4.2.	Servicios disponibles (AP/AH)	210
4.4.3.	Organización de los servicios (AP/A)	210
4.5.	Factores relacionados con las personas migrantes (la condición de ser migrante)	214

4.6 Tablas: Resumen de resultados de usuarios migrantes en Andalucía (I)	218
4.6.1. Entrada al sistema y TSI	218
4.6.2. Conocimiento del funcionamiento de los servicios	219
4.6.3. Factores relacionados con los servicios (AP/AH)	219
4.6.4. Factores que inciden en el acceso relacionados con los inmigrantes	221
4.6.5. Aspectos Generales	222
5. Resultados Objetivo Específico 3	223
5.1. Resultados objetivo específico 3a	223
5.1.1. Conocimiento general de los cambios recientes en el sistema sanitario	223
5.1.1.1. Fuentes y temáticas de información sobre los cambios	232
5.1.1.2. Percepciones de cambio en la entrada al sistema	246
5.1.1.3. Percepciones de cambio en la entrada a los servicios	250
5.1.1.4. Cambios relacionados con la situación personal de las personas migrantes	259
5.2. Resultados Objetivo Específico 3.B.	276
5.2.1. Entrada al sistema y TSI	277
5.2.1.1. Provisión de Información de entrada al sistema	278
5.2.1.2. Trámites y requisitos obtención TSI	279
5.2.1.3. Estrategias de obtención de la TSI	280
5.2.1.4. Posesión de la TSI	280
5.2.1.5. Consecuencias de no tener TSI o tener TSI en pasivo (por no estar cotizando)	281
5.2.2. Entrada a los servicios	282
5.2.2.1. Conocimiento del funcionamiento de los servicios	283
5.2.2.2. Factores relacionados con los servicios (AP/AH): Volumen y distribución de los Servicios	285
5.2.2.3. Organización de los Servicios: Accesibilidad Organizativa y Económica (AP/AH)	287
5.2.3. Factores que inciden en el acceso relacionados con la situación de las personas migrantes	290
5.2.3.1. Condiciones de vida (situación laboral, recursos económicos, condiciones de habitabilidad, etc.)	290
5.2.3.2. Situación administrativa y socio económica (regular/irregular; cambios de situación administrativa)	292
5.2.3.3. Miedos y percepciones vinculados a la irregularidad o la migración.	293
5.2.3.4. Familia y Redes sociales	294

5.2.3.5	Percepción de adaptación cultural (tiempo en España, idioma)	295
5.2.3.6	Patrones de uso de los servicios (uso de las urgencias, asistencia a citas marcadas, frecuencia de asistencia).	296
5.2.3.7.	Percepciones culturales o religiosas sobre salud y enfermedad (autotratamiento natural/farmacológico, prácticas religiosas o culturales).	297
5.2.3.8.W	Percepciones de discriminación en el entorno al sistema de salud.	298
5.3.	TABLAS: Resultados comparativos	301
6.	Resultados Objetivo 4	314
6.1.	Situación actual de salud de las personas entrevistadas	314
6.2.	Entrada al sistema	316
6.2.1.	Provisión de información de entrada al sistema y sobre la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual)	316
6.2.2.	Trámites para la obtención de la TSI	320
6.2.3.	Fuentes de información y conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios	321
6.2.4.	Trámites de obtención de la TSI: TSI como barrera y facilitador	323
6.2.5	Posesión de la TSI	325
6.2.6	Factores que influyen en el acceso relacionados con los servicios	326
6.3.	Entrada a los servicios	326
6.3.1.	La accesibilidad organizativa de entrada a los servicios	326
6.3.2.	Accesibilidad física	327
6.3.3.	El idioma	328
6.3.4.	Volumen y distribución (AP/AH)	329
6.3.5.	Horarios de atención	331
6.3.6.	Personal sanitario (AP/AH)	334
6.3.7.	Servicios disponibles (AP/AH)	335
6.3.8.	Pagos por consultas, medicinas o tratamientos	340
6.4.	Factores relacionados con las personas migrantes (la condición socioeconómica propia de las personas entrevistadas)	344
6.4.1.	Situación administrativa y derecho a la asistencia sanitaria	348
6.4.2.	Trato diferenciado y discriminación	349
6.5.	Implicaciones para la “acción” y recomendaciones.	353
6.6	TABLAS: Resumen de los principales resultados y cambios percibidos en la tercera fase	358

Para valorar los sistemas de salud, sus servicios, su funcionamiento y el acceso a los mismos es esencial tener en cuenta la perspectiva de las personas usuarias. Las personas migrantes son quienes mejor conocen cuáles son sus recorridos en el acceso y sus posibilidades, barreras y facilitadores a la hora de acceder tanto al sistema sanitarios como a sus servicios. Esta perspectiva es diferente a la que pueden tener las personas que gestionan los servicios, así como la de quien provee estos servicios. De esta manera, se complementan los discursos y se posibilita la mejora continua de la atención sanitaria.

Es ampliamente consensuado y documentado que la participación ciudadana en el diseño de la política sanitaria es fundamental (131). Desde la Declaración de Alma-Ata en el año 1978 y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a pacientes y personas usuarias a una participación tanto individual como colectiva en la salud. Según la OMS, la presencia de la ciudadanía en los órganos de participación es necesaria, ya que los usuarios y usuarias de los sistemas sanitarios aportan perspectivas únicas de las que no disponen los grupos profesionales del sistema. Su participación activa ayuda a la comprensión mutua entre ciudadanía y Administración sanitaria, fomenta el respeto y la apreciación del sistema público de salud, favorece el diálogo entre la Administración y ciudadanía posibilitando que le resulte más próxima, orientada a sus necesidades y enriquecida con sus aportaciones (132,133). La participación ciudadana en el diseño de la política sanitaria, por tanto, es fundamental.

En el marco estatal, el SNS incorpora, mediante la Ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, «el reconocimiento explícito de la capacidad de elección e influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen».

La presencia de la ciudadanía en los órganos de participación es necesaria, ya que los usuarios y usuarias de los sistemas sanitarios aportan perspectivas únicas de las que carecen los grupos profesionales del sistema.

Por otro lado, se considera que la participación y perspectiva de las personas usuarias en la reflexión y planificación de políticas sanitarias dirige los sistemas y actuaciones a sus necesidades (134) y además, los beneficia (135). Esto ocurre y es deseable también en las acciones comunitarias y de promoción de la salud. Colomer y Álvarez-Dardet

definen la participación comunitaria como “un proceso social, donde grupos específicos con necesidades compartidas, que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para solucionar esas necesidades” (136).

De esta manera, autoras como Popay (137) relacionan la participación ciudadana con los resultados en salud. En su trabajo sobre “Caminos desde el empoderamiento y participación comunitaria a la mejora de la salud” la autora expresa claramente que desde los niveles más básicos o pasivos de la participación ciudadana, es decir, desde la información y consulta, hay una influencia en la adecuación, accesibilidad y efectividad de los servicios de salud. A niveles más elevados, como aquellos en los que ocurre la co-producción, poder delegado y control comunitario, se logrará impacto en el capital social, las condiciones materiales y sociales en las que viven las personas (trabajo, vivienda, etc.). La participación debe producirse en un marco de relación entre la ciudadanía, el personal técnico, las instituciones y los gobiernos, dando espacio a posibles transformaciones de las relaciones de poder. Todo ello repercute en mejores resultados de salud y en reducción de desigualdades sociales en salud.

Jiménez Villa, en su publicación “La evaluación necesita la perspectiva de la población”, afirma que dentro de los estudios e investigaciones que han evaluado la calidad de los servicios de salud, se han empleado múltiples metodologías y marcos teóricos y conceptuales ideados para ello. Entre otras herramientas, por ejemplo las encuestas de satisfacción suelen ser muy habituales en los sistemas de salud de nuestro entorno. La satisfacción se suele entender como una medida de calidad de la atención, donde la persona evalúa la atención médica recibida (138).

En Andalucía, la perspectiva de las personas usuarias del sistema, mediante la exploración de sus necesidades y expectativas (139–141), se ha incorporado en toda la historia reciente del diseño de procesos, recursos informativos y planes integrales (142), planes de salud (127) y procesos asistenciales integrados (120), que cuentan siempre con la perspectiva, opiniones y expectativas de la ciudadanía. Esta relación del sistema sanitario y la ciudadanía viene reforzada en la Ley 7/2017, de 27 de diciembre, de Participación Ciudadana de Andalucía, dotando a los servicios sanitarios, tanto de gestión como asistenciales, de herramientas de participación ciudadana en las que, entre otras finalidades, está la planificación participada de los servicios sanitarios.

Este marco de participación en salud está avanzando a un nivel más teórico que práctico, no obstante, es totalmente plausible. En las escalas clásicas de participación de personas usuarias en salud, pocas veces se alcanza el nivel en que las personas usuarias hacen el seguimiento de los cambios producidos en los servicios o en las políticas de salud (143).

En nuestro caso, en el que se ha indagado también la perspectiva de personas usuarias acerca del acceso al sistema y a los servicios de salud, se ha empleado una metodología cualitativa, basada en entrevistas individuales y grupales, que nos ha permitido comprender la perspectiva de las personas entrevistadas desde su propia experiencia, tratando así de generar conocimiento que permita complementar el trabajo de técnicos y gestores (144).

El centro de la atención sanitaria en nuestro sistema de salud, desde la perspectiva del servicio público, es la ciudadanía. Por lo tanto, cualquier aproximación a la complejidad de la atención sanitaria debe partir de sus necesidades y expectativas. Para ello hay que explorarlas, conocerlas, tratar de comprenderlas y darles respuesta.

177

La participación de pacientes en términos de planificación es más común en Atención Primaria, donde el foco de atención son las personas y no los problemas de salud. Aquí parece insuficiente preocuparse por la seguridad, la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la atención que se presta, sino también hay que tener muy en cuenta el factor humano, tanto de quien presta como de quien recibe el servicio. Por tanto, parece obvio que las personas usuarias deben desempeñar un papel esencial proporcionando información sobre aspectos de la atención sanitaria que influyen en los resultados y la satisfacción de sus necesidades y expectativas (145).

Desde la perspectiva de personas usuarias, la mayor parte de los estudios coinciden en que los/as pacientes conceden una mayor importancia a aspectos como la disponibilidad de tiempo y servicios, la accesibilidad, la continuidad de la atención, la información que reciben sobre sus problemas de salud o la relación médico- paciente, mientras que ponen menos énfasis en los aspectos organizativos, que son más importantes para los/as profesionales (146).

Reyes-Alcázar en "La importancia de reconocer las expectativas y necesidades de los usuarios" afirma que "si se profundiza en las expectativas de los ciudadanos respecto a lo que le reclaman a las organizaciones sanitarias, puede observarse que éstos expresan sus deseos de una mayor calidad en la atención sanitaria en términos de accesibilidad, efectividad, seguridad e información. La satisfacción es una medida necesaria, pero que está cada día más condicionada por elementos de integralidad." (147).

En la sociedad actual el papel de la ciudadanía adopta un protagonismo claro, de tal manera que sus expectativas deberían incidir de manera directa en las formas de actuar de cualquier organización de prestación de servicios. Dimensiones como la calidad percibida por parte de las personas usuarias se han convertido en un elemento esencial que aporta legitimidad a cualquier organización de prestación de servicios (148).

Por último, es importante destacar también que la evaluación de servicios es un ejercicio que promueve la reflexión y el análisis orientado a conducir mejoras en la atención de la salud de la población; con este propósito es útil y relevante realizar evaluaciones a nivel local, nacional e internacional.(132)

Así pues, en una investigación como esta sobre acceso sanitario de las personas migrantes a la sanidad pública, resulta imprescindible valorar la perspectiva de las personas migrantes desde su propia experiencia y narrada en primera persona. De ahí el planteamiento de los objetivos 2, 3 y 4 de esta investigación, que son los siguientes:

2 Objetivos

1. **Objetivo 2:** Examinar las características de los servicios sanitarios y de la población migrante que influyen en el acceso a la atención en salud adecuada (<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5279/5423>), teniendo en cuenta cobertura sanitaria, información del sistema, comunicación, mejora de la oferta de servicios y sistemas de información, y la formación.
2. **Objetivo 3:** Evaluar la percepción del impacto que tiene el Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes y el conjunto de medidas de ajuste implantadas entre mayo y agosto de 2012 en las condiciones que influyen en el acceso y calidad de la atención sanitaria que recibe la población migrante comparando antes y después de la aplicación del mismo, con el objetivo de contribuir al diseño de un modelo de intervención social.
 - › **Objetivo específico 3.1.:** Analizar los cambios en la percepción del acceso y la calidad de la atención sanitaria después de la aplicación del RDL 16/2012 y el conjunto de medidas de ajuste implantadas entre mayo y agosto de 2012 desde el punto de vista de las personas migrantes.
 - › **Objetivo específico 3.2.:** Comparar la percepción actual de los agentes principales con los resultados obtenidos en primera fase del proyecto, realizado entre 2009 y 2010.
3. **Objetivo específico 4:** Conocer la situación actual de las personas migrantes y su acceso a la atención sanitaria en Andalucía, analizando las características de acceso al sistema, a los servicios sanitarios y aquellas características de la población migrante que influyen en el acceso y validar con las personas entrevistadas los resultados obtenidos en las dos fases anteriores de la investigación.
 - › **Objetivo específico 4.1.:** Conocer la situación actual y compararla con los resultados obtenidos en las dos fases de investigación anteriores.
 - › **Objetivo específico 4.2.** Identificar cambios que han podido ocurrir en los últimos años desde la perspectiva de las personas migrantes.
 - › **Objetivo específico 4.3.** Pedir que elaboren recomendaciones para la mejora del acceso de la población migrante a los servicios de salud del Sistema Público, en base a los resultados globales de la tesis y en su experiencia durante estos años en Andalucía.

Para obtener información que diera respuesta a estos objetivos se diseñó la siguiente metodología:

Para explorar la perspectiva de las personas usuarias se ha realizado un diseño cualitativo de carácter fenomenológico, descriptivo e interpretativo(149) mediante entrevistas semiestructuradas individuales a personas migrantes. Las entrevistas se han realizado en 3 fases:

- 1) La primera fase se realizó entre los años 2009 y 2010.
- 2) La segunda fase se realizó entre los años 2012 y 2013.
- 3) La tercera y última fase se realizó entre junio de 2017 y mayo de 2018.

Durante los años que ha transcurrido la investigación, el marco social, económico, normativo y legal ha sufrido importantes cambios a nivel tanto nacional como internacional. Importantes hitos como el RDL 16/2012 (34) o los ajustes económicos producidos en el contexto europeo, español y andaluz han marcado diferencias entre las diferentes fases de la investigación. A partir del año 2008 España y Andalucía fueron foco de considerables recortes económicos, comenzando con importantes reducciones en la financiación de los diferentes servicios sanitarios de las CCAA así como con importantes ajustes en relación a los servicios y profesionales sanitarios. Esta situación que precarizaba la asistencia sanitaria pública tenía especial repercusión para las para las poblaciones que ya per sé tenían barreras para acceder a este sistema. Entre estas poblaciones, la de migrantes socioeconómicos adquiría especial relevancia para su estudio. De ahí que la primera fase se realizara entre los años 2009 y 2011.

El segundo periodo de nuestra investigación se caracterizó por la continuidad de los ajustes económicos y la publicación del RDL 16/2012, aplicado de manera desigual en las diferentes CCAA. El importante hito que supuso este cambio legislativo en el acceso sanitario de las personas migrantes provocó la segunda fase del trabajo de campo, y el análisis de las diferencias que se podían estar dando respecto a la primera.

Por último, y tras considerarse que el segundo periodo era todavía escaso para valorar el efecto de los cambios normativos y socioeconómicos, se realizó una tercera fase de recogida de información para validar los resultados y pedir propuestas de mejora. En este tercer periodo, entre los años 2017 y 2018, las personas entrevistadas todavía se encontraban inmersas los efectos de la recesión económica sufrida durante la anterior década.

3.1 Ámbito

El ámbito de estudio ha sido la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se seleccionaron zonas rurales, periurbanas y urbanas con elevada concentración de población migrante: 1) urbana en Granada capital, 2) periurbana en Sevilla 3) rural en dos poblaciones en Almería.

Para este objetivo de investigación, se seleccionaron las áreas o lugares de estudio, en función de dónde se ubicaba la mayor concentración de personas migrantes de las nacionalidades extranjeras escogidas, lo cual se explica con más detalle en el siguiente apartado.

Los lugares de estudio seleccionados fueron: Granada capital (Granada), Coria del Río y San Juan de Aznalfarache (Sevilla) y, San Agustín y Santa M del Águila (Almería), alternando zonas rurales, urbanas y peri-urbanas.

3.2 Personas participantes

La investigación se ha realizado con personas migrantes residentes en Andalucía entre los años 2010 y 2018. Para seleccionar a dichas personas, en 1er lugar, se determinó qué nacionalidades de origen se iban a incluir. Y se hizo atendiendo al criterio de representatividad numérica.

Las nacionalidades elegidas fueron: boliviana, marroquí y rumana.

En 2do lugar se determinó que las personas migrantes objeto de estudio estuvieran en situación administrativa regular, por las características propias de acceso de personas en situación regularizada, diferente a casuística diferencial que pudiera tener la situación no regularizada en el acceso al sistema sanitario público. Por último, se determinó que las personas participantes fueran mayores de 18 años. Por otro lado, se buscó heterogeneidad por sexo, edad, nivel de estudios, nivel socioeconómico/situación laboral y posesión o no de la tarjeta sanitaria individual.

El perfil teórico de las personas candidatas a participar se definió para la primera fase del estudio y se segmentó a partir de las siguientes variables:

1. tiempo de estancia en España (+/- 3 años),
2. ámbito de residencia (rural/urbano/periurbano) y
3. nacionalidad: Marruecos, Bolivia y Rumanía.

En la segunda y tercera fases de la investigación, se mantuvieron los criterios de segmentación, aunque no se consideró el tiempo de estancia en España, ya que se decidió

intentar entrevistar a las mismas personas para valorar si había variado su experiencia y valoración y muchas de ellas en la segunda fase ya habían excedido los 3 años de estancia.

Según muestra la tabla 1, las nacionalidades coinciden cada una con una provincia y un ámbito territorial (urbano/periurbano/rural). Se optó por esta distribución como forma de facilitar la identificación y contacto con informantes. Se eligieron localidades con proporciones comparativamente altas de cada nacionalidad de origen.

Tabla 1: Perfil de las personas candidatas a participar en el estudio.

TIPO INFORMANTE	CRITERIOS DE SEGMENTACIÓN	CARACTERÍSTICAS DE HETEROGENEIDAD
Población migrante de origen: <ul style="list-style-type: none"> – Marruecos – Bolivia – Rumania 	Periodo pre: <ul style="list-style-type: none"> – Tiempo permanencia inferior a 3 año. – Tiempo permanencia superior a 3 años. 	<ul style="list-style-type: none"> – 18 años – Hombre/mujer – Nivel socioeconómico (estudios acabados) – TSI/noTSI/TSI Pasiva – Situación laboral – Usuarios/Potenciales usuarios
	Periodo post: <ul style="list-style-type: none"> – Tiempo permanencia superior a 3 años. 	

3.3 Estrategia de selección de participantes

1. En la primera fase la estrategia de selección de participantes se hizo a partir de la técnica de bola de nieve, partiendo de la localización inicial en lugares muy frecuentados por cada colectivo priorizado (plazas, calles concretas, colegios, actividades comunitarias...). También se hicieron contactos a través de asociaciones de ayuda mutua de migrantes de nacionalidad común.
2. En la segunda y tercera fase se trató de localizar a las mismas personas entrevistadas en la primera. La estrategia fue seguir los datos de contactos recogidos en la primera fase, fundamentalmente direcciones de correo electrónico y números de teléfono. Algunas personas no pudieron participar de nuevo por retorno a su país, cambio de localización o dificultades prácticas. En ese caso, se intentó sustituir su perfil a través de la técnica bola de nieve. Esta técnica permite identificar aquellas personas de interés a partir de alguien que conozca a otra persona que pueda ser interesante como aspirante a participar (150).

3.4 Técnica

Para las fases 1 y 2 se utilizó la entrevista semiestructurada individual. Para la fase 3 se utilizó entrevista semiestructurada individual con personas procedentes de Rumanía y grupos focales para personas de nacionalidad marroquí y boliviana.

La técnica de entrevista semiestructurada se eligió por su gran utilidad para recabar información sobre procesos vitales como puede ser la experiencia de acceder a los servicios sanitarios en un país que no es el propio. Además, aunque se parte de un guión de entrevista elaborado a partir de los objetivos y dimensiones de estudio, esta modalidad permite cierto grado de flexibilidad tanto para la persona que entrevista como para la que es entrevistada, adaptando el guión a las necesidades de aclaración que pudieran emerger; la posibilidad de motivar a la persona entrevistada, clarificación de término o confirmación de las respuestas recibidas (151). De esta manera, se convierte en una herramienta idónea para la comprensión de la realidad que nos presenta la persona entrevistada. En la tercera fase se optó por el grupo focal porque se pensó que la entrevista grupal podía dar una mejor visión en conjunto de los resultados obtenidos hasta el momento, y que la construcción de recomendaciones conjunta podía resultar positiva (152). No obstante, en el caso de las personas procedentes de Rumanía fue imposible reunir a todas las personas en una misma hora y lugar, por lo que se realizaron entrevistas individuales.

El guión de entrevista se elaboró sobre temas identificados relevantes para cada fase. En la primera fase se elaboró una revisión bibliográfica que apoyó los temas relevantes del modelo de Aday y Andersen, mientras que para la segunda y tercera se incluyeron los temas relativos a cada objetivo.

La tabla 2 presenta las dimensiones que se exploraron en las fases 1 y 2. En la tercera fase se añadieron las dimensiones de validación y recomendaciones.

Tabla 2: Dimensiones a explorar en la investigación y categorías de análisis.

	Dimensiones a explorar	Categorías de análisis
Factores que influyen en el acceso relacionados con el sistema y sus servicios	Entrada al sistema	Provisión de información sobre la entrada al sistema <u>Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)</u> Trámites para la obtención - Documentación para la obtención de la TSI, - Estrategias para obtener la TSI Situación administrativa y socioeconómica. Conocimiento del sistema: derechos, funcionamiento del sistema
	Acceso a los servicios	<u>Volumen y distribución. Atención primaria/Atención especializada</u> - Infraestructura física, equipamientos, personal, servicios disponibles - Accesibilidad geográfica <ul style="list-style-type: none"> > Distribución de recursos > Distancia a los servicios <u>Organización de los servicios. Atención primaria/ Atención especializada</u> - Accesibilidad organizativa Tiempos de espera (programación, consulta) Trámites (petición cita, pruebas, cirugía) Horarios de atención de los servicios <u>Accesibilidad económica</u> Pagos consulta, tratamientos

Factores que influyen en el acceso relacionados con las poblaciones migrantes (características y condiciones de vida)	Dimensiones a explorar	Categorías de análisis
	<p><u>Predisponen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Condiciones de vida Tiempo de permanencia en España <p><u>Capacitan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Redes sociales Familia Conocimiento del funcionamiento de los servicios Idioma <p><u>Necesidades</u> en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Percepción de salud/enfermedad; necesidad de atención en salud, autotratamiento. <p><u>Contexto</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Transporte público Condiciones del entorno 	

Los guiones de entrevista completos de cada una de las fases se pueden consultar en el **anexo 7**.

3.5 Desarrollo del trabajo de campo

Para realizar los contactos con las personas usuarias se desarrolló la estrategia de búsqueda de bola de nieve, partiendo de la localización de los primeros usuarios en los lugares más frecuentados por cada población y utilizando estrategias etnográficas de observación participante. Se localizó a las primeras personas por contactos que conocían a personas migrantes, y se fue acercando la búsqueda a entornos de trabajo y ocio de personas del colectivo seleccionado, puntos de encuentro, etc. A partir de cada contacto se le pidió que sugiriera a otra persona que cumpliera con los criterios de selección para participar en la investigación.

La búsqueda y selección de las personas a entrevistar en la primera fase la más difícil, a partir de ahí se pidió a los participantes los datos de contacto y para las dos fases restantes se contactó a través del teléfono. En total 40 personas fueron entrevistadas en 60 entrevistas. La duración de entrevistas individuales y grupales osciló entre 15 y 102 minutos. En la mayoría de entrevistas se habló castellano, aunque con siete de las personas marroquíes entrevistadas fue necesaria traducción.

A continuación se presentan en tabla el perfil de las personas entrevistadas y sus características sociodemográficas.

Tabla 3: Perfiles de las entrevistas realizadas.

	Marruecos	Bolivia	Rumania
Fase 1			
Lugar	Localidades rurales de la provincia de Almería	Localidades periurbanas de la provincia de Sevilla	Localidades urbanas de la provincia de Granada
> 3 años en España	3 mujeres y 4 hombres	6 mujeres y 3 hombres	6 mujeres 1 hombre
< 3 años en España	4 mujeres 1 hombre	1 mujer 2 hombres	1 mujer y 1 hombre
Total fase 1	12	12	9
Fase 2			
< 3 años en España	7 hombres 4 mujeres	3 hombres 5 mujeres	8 mujeres
Total fase 2	11	8	8
Fase 3			
Grupo focal	2 hombres 4 mujeres	3 hombres 2 mujeres	
Entrevistas Individuales			1 hombre 3 mujeres
Total fase 3	6	5	4
TOTAL DE ENTREVISTAS	29	25	21

Tabla 4: Características sociodemográficas de las personas entrevistadas

	Sevilla		Almería		Granada		Totales
Nacionalidad	Boliviana (14)		Marroquí (16)		Rumana (10)		40 personas
Sexo	7 mujeres	7 hombres	10 mujeres	6 hombres	9 mujeres	1 hombre	26 mujeres 14 hombres
Nivel de estudios (clasificación de nivel de estudios según el instituto Nacional de estadística)*	1 (3) 3 (5) 1 (6) 2 (7) 1 (8)	2 (5) 2 (6) 1 (7) 2 (8)	3(3) 4 (4) 1 (5) 2 (6)	3 (3) 2 (4) 1 (7)	1 (5) 1 (6) 2 (7) 1 (8) 1 (9)	1 (6)	
Edades	Rango de 22-49 Media: 35,6	Rango de 20-50 Media 39	Rango de 19-40 Media: 32	Rango de 22-62 Media: 35,7	Rango de 18-48 Media: 32,6	Rango de 45 Media 45	Rango de edad 18-61 Media: 36,6

	Sevilla		Almería		Granada		Totales
Tsl/no TSI	Fase 1	10 con TSI	Fase 1:	11 TSI	Fase 1:	7 TSI	28 personas con TSI 5 personas sin TSI
		2 (en trámite)		1 NO		2 NO	
	Fase 2	7 TSI	Fase 2:	11 TSI	Fase 2:	7 TSI	25 con TSI 2 sin TSI
1 NO-TSI		0 NO-TSI		1 TSI pasivo			
Fase 3	5 TSI	Fase 3	6 TSI	Fase 3	4 TSI	15 con TSI	
Tiempo en España	Fase 1:	9 > 3 años	Fase 2:	7 > 3 años	Fase 3:	7 > 3 años	23 personas > 3 años 10 personas < 3 años
		3 > 3 años		5 < 3 años		2 < 3 años	
	Fase 2:	8 > 3 años	Fase 2:	10 > 3 años	Fase 2:	6 > 3 años	24 personas > 3 años 3 personas < 3 años
		0 < 3 años		1 < 3 años		2 < 3 años	
	Fase 3	4 > 3 años	Fase 3:	6 > 3 años	Fase 3:	4 > 3 años	14 personas > 3 años 1 personas < 3 años
		1 < 3 años		0 < 3 años		0 < 3 años	

*1. Analfabeto por problemas físicos o psíquicos; 2. Analfabeto por otras razones; 3. Sin estudios; 4. Estudios priMs o equivalentes; 5. Enseñanza general secundaria, 1er ciclo; 6. Enseñanza Profesional de 2º grado, 2º ciclo; 7. Enseñanza general secundaria, 2º ciclo; 8. Enseñanzas profesionales superiores; 9. Estudios universitarios o equivalentes

3.6 Análisis

El análisis de contenido se ha basado en la definición de un árbol de códigos construido inicialmente a partir de las categorías sugeridas en el modelo de Aday y Andersen, que se utilizaron como guía para construir las herramientas analíticas y la presentación de resultados. Después se incorporaron categorías emergentes como frecuencia de la asistencia, las estrategias de resolución, barreras y facilitadores, y casos concretos.

3.7 Procedimiento

El procedimiento para el análisis de las entrevistas y grupos focales fue igual para las tres fases:

1. Se realizó transcripción literal de las entrevistas individuales y grupos focales;
2. Se elaboró un árbol de códigos que se muestra en la tabla 2.

3. Con el soporte informático del programa Atlas.ti v6 se codificó la información;
4. Se ordenaron todos los resultados según las categorías de análisis;
5. Se triangularon de resultados entre la doctoranda y cuatro investigadores/as compañeros y compañeras de línea de investigación;
6. Se redactaron los resultados y se tomaron en cuenta para la discusión general de la tesis.

3.8 Consideraciones éticas

Antes de la entrevista se solicitó consentimiento informado por escrito de participantes y se garantizó protección y confidencialidad de informaciones y datos personales. La información obtenida se trató de manera que no se podrá identificar su origen individual. El tratamiento de datos se hizo según la ley orgánica 15/1999 sobre protección de datos y el Real Decreto 994/1999 sobre seguridad de ficheros automatizados que contengan datos personales.

3.9 Presentación de resultados

La presentación de resultados se realiza con la narración del análisis de las entrevistadas para cada categoría de análisis con apoyo de *verbatim*es en cada caso. Los códigos empleados para cada entrevista se han diseñado de forma que se muestran los perfiles y características sociodemográficas de cada persona pero sin ser posible su identificación personal. Su construcción se elaboró de la siguiente manera: Nacionalidad de origen: RU (Rumanía), MA (Marruecos) y BO (bolivia); tiempo (años) de permanencia/residencia en España en el momento de cada entrevista (-/+3); periodo de entrevista en relación con la aplicación del RDL 16/2012 (PRE/POST); sexo de la persona (hombre o mujer); número de clasificación de nivel de estudios según I.N.E. (1,2,3,4,5,6,7,8,9); posesión TSI (TSIs/ TSIo).

Al final del capítulo de resultados se presentan las tablas de informantes para cada fase en **anexo 8**.

Por último, al final de cada objetivo se agregan tablas sintéticas de resultados para apoyo de las personas lectoras.

4 Resultados Objetivo 2

Este objetivo trata de examinar las características de los servicios sanitarios y de la población migrante que influyen en el acceso a la atención en salud adecuada, teniendo en cuenta cobertura sanitaria, información del sistema, comunicación, mejora de la oferta de servicios y sistemas de información, formación.

Los resultados más relevantes de este objetivo se dividirán en cuatro apartados fundamentales. En primer lugar se definen los conceptos de migrante y acceso por parte de las personas participantes. En segundo lugar se abordan aquellos elementos que inciden en la entrada al sistema, principalmente aspectos que tienen relación con la información y la tramitación de la Tarjeta Sanitaria Individual (en adelante TSI). El tercer bloque presenta los resultados relacionados con los factores que influyen en el acceso a los servicios, como el volumen y distribución de los servicios, características relacionadas con el personal sanitario y la organización y disponibilidad de los servicios sanitarios. Por último, se presentan aquellos factores que tienen que ver con la situación propia de las personas entrevistadas.

4.1 Definición migrante/extranjero

En general, no se han encontrado diferencias significativas entre los conceptos de migrante y extranjero en los discursos de las personas entrevistadas. Esto puede ser debido a que no hay un manejo muy definido sobre lo que puede significar ser una persona migrante y/o una persona extranjera. Esto nos puede llevar a pensar que las definiciones parecen ser hechas sobre la marcha.

Cuando se nombra el concepto de migrante se hace referencia a la procedencia y/o origen, al cambio de país y al motivo de viaje, más específicamente a la mejora de las condiciones de vida, al cambio en el contexto cultural y al trabajo.

Ahora para saber cuáles son los conceptos, ¿Qué entiendes por inmigrante? ¿Cómo definirías lo que es un inmigrante?

xxx dice: un hombre que busca mejorar su vida, mejorar su vida, sí...

Ru-3PreH6GrTSIno

Este cambio de país no solo responde a una necesidad de mejorar la condición socioeconómica, en ocasiones hay también un impulso de “experimentar y conocer más cosas”. Se utilizan expresiones como “dejar su país”, “empezar de cero”.

Dice que un inmigrante es el que deja su país y viene a otro país.

Ma-3PreM3AlTSIno

A veces se relaciona el concepto de migrante con la situación administrativa. De esta manera, se define como “*persona que está ilegal en un país que no es suyo*” y “*los que están*

en un país que no es de ellos sino de otra gente”. En este sentido encontramos la utilización de la expresión “persona extraña”.

Inmigrante es cualquier persona que procede de otro país o de otro territorio que no ha vivido aquí antes, creo que eso también...o sea, yo casi que no me considero inmigrante porque llevo mucho tiempo aquí. Entonces los inmigrantes para mí son los más o menos recién llegados entendiéndolo por recién unos cinco años, creo que somos inmigrantes los primeros cinco años que vivimos en un país, que no conocemos que nos sentimos despistados. Entiendo que después seguimos siendo inmigrantes pero menos, como que se pierde el grado de...

MA-3PREH3ALTSI

Sin embargo, se hace referencia a la “pérdida” de la condición de migrante con el transcurso de los años.

189

E. es decir, un poco esa condición de que hayas pasado más tiempo en otro lado que aquí. No sé si es eso a lo que te refieres...

A. dice: Sí, sí podría ser...

E. o es solamente el número de años...

A. dice: No, no sólo el número de años, es también en función de la calidad del tiempo que has pasado aquí y de la integración que hayas. Quiero decir, ¿seré inmigrante dentro de 40 años si sigo aquí? Para mí no. A eso me refiero.

MA-3PREH3ALTSI

Cuando las personas se autodefinen encontramos que las personas de Rumanía hablan de ellas mismas como personas que quieren mejorar su vida, haciendo referencia a la búsqueda de libertades que no poseían en su país de origen en un contexto de influencia comunista. En todos los casos, e independientemente de su motivo de cambio de país, todas las personas entrevistadas afirman que el motivo por el cual se trasladaron a otro es quedarse en el país y comenzar una nueva vida.

Cuando se define “extranjero”, se habla de que independientemente del motivo de su viaje, el extranjero es quien llega al país de destino con una situación administrativa normalizada y con perspectivas de retorno a su país de origen en el corto o medio plazo.

¿Qué diferencias habría si las encuentras...te la parece que las hay?

W. dice. Un inmigrante es una persona que ha llegado y está asentado, ¿no? un extranjero también es una persona de fuera pero esté de paso yo no sé...este ¿no? y rato y se vaya también, ¿no?

E. claro.

W. dice. No es que digamos va a estar aquí, ¿no?

E. no se instala.

W. dice. Claro, no se instala

Bo-3PreH8SeTSI

Por lo tanto, las diferencias más importantes entre ambos conceptos son:

- Condición administrativa en la que se encuentran en la llegada al país de destino, mientras que se considera que los extranjeros siempre llegan con su situación regularizada, en el caso de las personas migrantes no siempre es así.
- Migrante se considera quien ha emigrado a otro país y extranjero es el que está circunstancialmente fuera en este país pero proviene de otro.
- Se diferencia migrante y extranjero en el tiempo de estancia.
- El motivo de su estancia en el país a veces es también distinto, es decir, ambos pueden migrar por motivos laborales, no obstante, solo las personas extranjeras acuden por motivos vacacionales.

4.2 Definición de acceso

El concepto de acceso al sistema sanitario no siempre es una cuestión sencilla de definir para las personas entrevistadas. La pregunta causa dudas, confusión o falta de respuesta en la mayoría de las personas participantes.

Entre los diferentes discursos encontramos:

- Respuestas que hablan sobre conocimiento, el uso de los servicios o de la facilidad de poder usar los servicios en caso de necesitarlos.

E. vale. ¿Qué entiendes por acceso a los servicios de salud?

A. dice: la posibilidad de conocerlos, utilizarlos.

Ru+3PreM8GrTSI

- El acceso se relaciona específicamente con el traslado hasta el centro de atención, como poder llegar y tener cabida en la atención.

E. vale. Muy bien. ¿Qué entiendes por acceso a los servicios de salud? Lo que entienda por ello.

T. cuando esté enfermo entra a un hospital o tienes acceso a un centro de salud o lo que sea, un centro sanitario y encuentra la gente que te ayuden, que te dicen lo que tiene y lo que debes tomar y lo que no debes tomar:

UMI IH3

- El acceso se basa en el derecho a acudir a los servicios de salud sin que les cobren, en definitiva, es considerado un derecho.

Por su experiencia, lo ha conseguido saber por su experiencia, porque ha estado en sitios en delegación de salud, en el centro de salud leyendo carteles colgados y todo. Y en Marruecos

ha recibido clases de la medicina y los derechos y eso. Por ejemplo, cuando estuvieron aquí recibiendo clases de español, los profesionales le intentan dar información, por ejemplo, estuvieron haciendo información sobre la prueba de citología, sobre el cáncer de mamas, sobre los cuidados del recién nacido. Que cuando estaban recibiendo clases de español si recibieron clases de información sanitaria, pero cuando han quitado las clases de español, ya han quitado todo.

Ma+3PreH3AITSI

Yo creo que...bueno cuando tuve un accidente de coche me llevaron directamente a urgencias. Y cuando Rumanía no era parte de la Unión Europea pues al principio no nos obligaban a tener un seguro privado pero tampoco...si teníamos acceso a la Seguridad, vamos a la sanidad pública teníamos que pagar. Entonces la única forma era yendo a urgencias y yo te voy a ser sincera, dando una dirección que no era la mía. Porque no...por una consulta te pedían 150 euros o algo así, que me parecía una barbaridad.

Ru+3PreM8GrTSI

Para ella estar trabajando le facilita el acceso bueno y el ir, acudir a un centro sanitario porque lleva los gastos, si no está trabajando, no.

Ma-3PreM3AITSI_{no}

- Se habla también de que acceso es que el sistema tenga sus puertas abiertas a aquellas personas que se “preocupen por su salud”.

No sabe sus derechos y sus deberes porque está indocumentada. Y por el sistema sanitario dice que ella lo que sabe que tiene las puertas abierta. Cualquier momento quiere consultar algo pues está puedes hacer... lo sabe por la primera experiencia... por la primera...cuando llegó ella ha visto que lo recibe...que hay una buena recepción, que...que lo ha notado ahí.

Ma-3PreM5AITSI

- Hay poca referencia a que se defina el acceso en términos de ajuste de las características del sistema frente a las necesidades de los usuarios, o por lo menos pocas están formuladas en esa clave.

Al profundizar en este concepto o cuestión, se mencionan elementos como las posibilidades de comunicación y la adecuación de la atención a cada tipo de necesidad, apuntando así más hacia el ajuste entre características del sistema y expectativas de los usuarios que hacia el, hasta ahora mayoritario, uso de los servicios.

4.3 Entrada al sistema

A continuación se van a describir aquellos aspectos o factores, que dándose en el momento de la entrada al sistema, actúan como barreras o facilitadores de la misma. Los resultados principales de este bloque son: la información sobre el sistema se recibe

a través de sus redes familiares y sociales más cercanas. Se percibe poca información desde las instituciones y se reclama mayor información y formación tanto en salud como en servicios sanitarios. En general, las barreras más destacables son los procedimientos administrativos y la falta de información sobre el sistema y sobre la entrada a los servicios. La TSI es un elemento facilitador importante de acceso, y se destaca la existencia de la Tarjeta Sanitaria Individual Temporal. También son facilitadores el tiempo de permanencia y el manejo del idioma. La condición socio-económica de las personas entrevistadas usuarios tiene una marcada influencia en el acceso. El patrón más habitual de uso de los servicios es la AP seguida por la AH, en general, en los tres colectivos. El trato discriminatorio es percibido de manera diversa por personas de procedencia diferentes. En los discursos de todos los colectivos hemos encontrado comentarios sobre trato discriminatorio frente a la condición de migrante, aunque también encontramos discursos de no discriminación. A continuación se presentan los resultados con mayor detalle.

4.3.1 Provisión de información de entrada al sistema y sobre la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual)

La información principal acerca de la entrada al sistema viene provista o facilitada por familia, personas del entorno cercano, principalmente migrantes, y redes sociales. En este sentido se nombra también a las personas que les dan clases de español como transmisoras de información sobre el sistema sanitario.

Bueno, mi esposa ya estaba aquí. Ya estaba aquí, así que ella... ella me dio la información y un poquito preguntando ¿no? a los paisanos...

Bo-3PreH8SeTSI

Me he enterado un poco más, algo. Sí, porque cuando llegué yo no sabía nada pero ya por lo menos sé un poco más y todo eso. [E. ¿y cuáles han sido las fuentes de información para este conocimiento?] El boca a boca de las personas.

Bo+3PreM7SeTSI no

Sí, por ejemplo gestionar la cit, a... [E. exacto, de donde ha sacado esa información, quien le ha explicado como hacerlo, todo eso.] Gente que ella conoce que son marroquíes.

Ma-3PreM4AITSI

La información que se refiere a la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) proviene principalmente de ONGs.

En información, de que tiene que solicitar la tarjeta, de que tiene que ir al médico. Que aparte de los amigos y de la gente que él conoce también Cruz Roja ha participado en enseñarle.

Ma+3PreH4AITSI

En el primer momento de la migración se echa de menos la información desde las instituciones sobre el sistema sanitario.

Básicamente no...o sea, por lo menos yo no he podido captar esa...ese...cómo se dice... cómo se puede decir ese...ese intención de querer difundir dígame ese sistema de sanidad. Por lo menos yo no lo he podido percibir así.

Bo-3PreH8SeTSI

...o bueno o yo no he sabido donde buscar para preguntar 'oye esto cómo es', ni en la universidad te informan siendo estudiante extranjero ni en ningún lado, o sea, y más siendo extranjero pero de segunda categoría como yo digo. Los que venimos del Este nunca vamos a tener el mismo status que los que vienen de Europa Occidental.

Ru+3PreM8GrTSI

La primera vez que se asiste a un servicio se cita como fuente del conocimiento acerca del sistema de salud. Dentro de los servicios, los carteles con los derechos y deberes de las personas usuarias del sistema sanitario, se mencionan como únicas fuentes de información acerca del mismo.

Cuando hablamos de acceso al sistema, emerge también el tema de los trámites de obtención de la TSI. Algunas personas entrevistadas consideran que es un trámite sencillo, en el sentido de que los pasos a seguir están claramente informados y son sencillos.

Vinimos con el visado y resulta de que lo primero que hay que hacer al llegar aquí es poner en orden la tarjeta. Eso es lo primero. Eso tarda generalmente un mes, ¿no? Un mes. Y luego de eso, lo que sigue es la sanitaria. La tarjeta sanitaria. Eso con unas fotocopias, ha sido también muy... me parece que era la fotocopia del documento ese, de la tarjeta... la residencia... sí, el empadronamiento. Sí, el empadronamiento y la tarjeta. Solamente presenté en mi zona y esperé no más que me llegara en un mes. Creo llegó, vía correo. Sí, sí, fue sencillo no creo que hubiera complicaciones.

Bo-3PreH8SeTSI

El proceso se considera sencillo cuando se trata de cumplimentar un formulario y entregarlo en el Centro de Salud. En ocasiones se solicita el empadronamiento. Cuando se trata de personas en situación regularizada se solicita la tarjeta de residencia.

Ha rellenado una solicitud aquí y lo entregó en la xxx. En el centro de salud de xxx. Ha rellenado una solicitud, lo entregó en el centro de salud de xxx y le llegó a su casa.

Ma+3PreM4AITSI

En otros discursos se encuentran alusiones acerca de la complejidad del trámite. Una de las razones principales para esta valoración es el desconocimiento. En este sentido, manifiestan que este desconocimiento es una fuente de temor a no poder acceder a la atención sanitaria, y este temor se convierte en una importante barrera de acceso.

No tramitar la TSI y por tanto, no disponer de ella, puede generar consecuencias importantes. Estas consecuencias pueden estar relacionadas con la dificultad en la obtención de atención o con la recogida de resultados de exámenes complementarios.

También se manifiesta que puede derivar en una mayor frecuentación del servicio de urgencias, para facilitar precisamente la obtención de asistencia sanitaria.

A ver, en cuanto a cambios... como todo cuando uno llega por primera vez, ¿no? El tener una tarjeta, al principio emociona, no? (risas), te aliviana muchas cosas... por lo menos te aliviana muchas veces, se siente bien, más sano se siente...

Bo-3PreH8SeTSI

Bueno, la... primeramente, por... digamos, teniendo la tarjeta de salud, que no hay problema, ningún problema con eso. No, ahí no pago nada. Ya solo después, cuando te dan la receta, la medicación, que tú tienes que comprarla pero claro, las compras a menos precio porque no es como ir de urgencia, y de urgencia, te dan la receta tú tienes que comprarla al precio que pide la farmacia, ¿no?

Bo+3PreM5SeTSI

¿Qué cosa me facilitan...? Pues la tarjeta, ¿no? La tarjeta... bueno no he tenido tampoco problema con la tarjeta, porque últimamente parece hay personas que no le querían ceder la tarjeta por el hecho de que no estaban cotizando, había un tema de eso pero al final se solucionó gracias a Dios.

Bo+3PreH7SeTSI

No, sin tarjeta no le atienden, seguro. Pero... este... Pero sí le dan la tarjeta.

Bo+3PreH7SeTSI

Por lo tanto, vemos que los principales resultados ponen de manifiesto que la entrada al sistema viene muy determinada por la posesión de la TSI. En Andalucía, con carácter particular y con la finalidad de formalizar la cobertura sanitaria a personas migrantes (universal), asignarles médico y régimen de farmacia, se establece la emisión y uso del documento de "Reconocimiento Temporal del Derecho a la Asistencia Sanitaria en Andalucía", también llamada "TSI temporal".

4.3.2 Fuentes de información y conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios.

Acerca de las fuentes de información y conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios, las personas entrevistadas hablan del escaso conocimiento de la estructura y funcionamiento de los mismos. Como fuentes de información más importantes se destaca el papel de las ONG y con menor frecuencia Internet, folletos o la información obtenida en la propia asistencia a los servicios.

A continuación presentamos los resultados en mayor detalle:

En general, así como ya se ha comentado, las personas entrevistadas muestran escaso conocimiento sobre el sistema y su funcionamiento, sobre todo en relación a los servicios,

circuitos, derechos, etc. Esto se convierte en una importante barrera de acceso a la atención sanitaria, sobre todo para aquellas per hace poco tiempo.

Dice que ella no sabe nada lo único que sabe que tiene que ir al médico cuando va dice que la reciben de buena manera y todo pero otra cosa no sabe.

Ma-3PreM3AITSI_{no}

No sabe nada, de los derechos y de los deberes no sabe nada. [E. ¿Le interesaría saberlo?]
Sí... Una persona que le enseñe.

Ma+3PreM8AITSI

El no sabe...él no entiende pero siempre lleva gente con él que entiende y suelen explicarles bien las cosas y él se entera.

Ma-3PreH3AITSI

No conozco nada. De las ventajas de los derechos que tengo. Ru-3PreM5GrT_{SI}

Sé que el médico de cabecera tiene algunos días por la mañana, algunos días por la tarde. Y ya está, el resto no lo sé, la verdad.

Ru+3PreM9GrT_{SI}

De hecho que uno va, desconoce siempre y tiene que preguntar; ¿no? que no pregunta si está tardando más. Pregunta y te dicen.

Bo-3PreH8SeT_{SI}

El conocimiento que hay sobre el sistema sanitario y las posibilidades de su utilización es, en muchos casos, muy escaso. Esto conlleva que en un primer momento de la migración hay miedo y necesidad de acompañamiento, y demora en obtener esa primera atención. En sus discursos se expresa el deseo de conocer más.

Por ejemplo dice que él si necesita una forma para conocer más del sistema de salud.

Ma+3PreH4AITSI

Al principio ella iba con un poco de miedo y ahora dice que para ir a un centro...bueno... aparte de que ha dicho de que va con un susto del idioma, pero ahora lo ve normal ir al centro de salud y al hospital.

Ma+3PreM4AITSI

En realidad saberlo, saberlo, sí... solo sé que... la atención, que... ¿cómo se llama esto? Salvo, lo que sé es solamente eso... que la atención, este, médica que es gratuita para los inmigrantes. Eso es lo único que sé, de entenderlo bien a fondo de hasta dónde puede llegar esa atención no lo sé.

Bo+3PreH7SeT_{SI}

Yo creo que sí porque es algo que siempre interesa, ¿no? tienes que pensar un poco en la posibilidad de si te ocurre algo, o a una persona cercana tuya que le tienes que ayudar. Sí, yo creo que estoy bastante informada, de los centros, los horarios...

Ru+3PreM9GrT_{SI}_{no}

El tener conocimiento acerca del sistema y su funcionamiento, según la opinión de las personas entrevistadas, se asocia a sensaciones de seguridad y tranquilidad.

Sí, yo conforme que ha pasado el tiempo y he tenido más contactos y sabido más y estoy más informada y tengo más manejo de todo. Me siento con más libertad de ir, con más tranquilidad y con más derecho incluso.

Ru+3PreM9GrTSI

La familia y las redes sociales, con un relevante papel de las asociaciones de ayuda mutua, siguen funcionando como fuente principal de información sobre los servicios de salud. Es por ello que la falta de familia o redes sociales cercanas se vive como una dificultad de conocimiento de los servicios.

Sí por ejemplo gestionar la cita... [E. exacto, de donde ha sacado esa información, quien le ha explicado como hacerlo, todo eso.] Gente que ella conoce que son marroquies. [E. gente que ya estaban acá, ¿no?] Sí, es gente que han estado aquí.

Ma-3PreM4AITSI

Es que todo le decía a mi madre y mi madre me decía...que ha sacado...tal,... o tienes que decir esto o esto. Ya ella sabe, yo le pregunto.

Bo-3PreM5SeTSI

Pues cómo accedes a toda esa información, si no tienes a nadie que te dirija que suele ser un amigo o un familiar estás perdido.

Ru+3PreM9GrTSI

Hay una percepción general de poca información institucional. Incluso hay quienes mencionan que los propios profesionales tampoco tienen suficiente conocimiento.

El interés es de la persona porque es un problema suyo y tiene que solucionar, pero creo que acceder a este tipo de información y a estos servicios es en gran parte responsabilidad dar información de los mismos servicios sanitarios y de las autoridades sanitarias. No sé si en la página web del Ministerio hay información sobre eso. Lo dudo bastante no lo sé, a lo mejor lo hay, pero accesible para cualquier persona inmigrante y que encima no habla el idioma y que está solo aquí...

Ru+3PreM9GrTSI

Nunca me han dado, nunca, nunca, me han dado. Más que cuando estaba embarazada que me han regalado dos cajitas con crema y esas cosas para el bebé pero nunca folletos.

Bo+3PreM7SeTSI

Sí, he notado que hay un poquito de desconocimiento y de muchas personas también, que no te informan bien, o no están bien... Que no te informan bien o no están bien o no conocen al detalle cada...cada... [E. Dices de los que trabajan allí?] Sí, sí, ajá. Eso he notado un poquito el fallo que tiene... En los administrativos.

Bo-3PreH8SeTSI

Se manifiesta una necesidad de mayor información/formación en salud y acerca de los servicios de atención sanitaria, con la finalidad de conocer y hacer mejor uso de los mismos. El conocimiento del idioma se considera un facilitador para alcanzar este objetivo.

Yo pienso que de momento poner más personal, más este... curso de capacitación donde la gente la entere de cómo debe utilizar los centros de salud.

(UB+3 19:49)

Por ejemplo dice que él si necesita una forma para conocer más del sistema de salud. Por ejemplo él dice la educación. Estudiar o lo que sea para saber. Y también una persona esté trabajando en salud que hace por ejemplo, él me ha llegado a mí... a mí me ha llegado como sesiones para sensibilizar a la gente...

Ma+3PreH4AITSI

Él prefiere folletos, tele pero lo más importante es la enseñanza. Entonces él ha comentado otra cosa que tiene un amigo profesional en Santa M y se acerca a su casa y le enseñan varias cosas del sistema sanitario. Han comentado otra cosa de la enseñanza, dicen que para aprender necesitan clases de español. Le han puesto un año de español y luego lo han quitado. Entonces para que ellos aprendan necesitan aprender primero el idioma. El principal problema el idioma.

Ma+3PreH3AITSI

Las ONG y asociaciones locales aparecen como fuentes de información y apoyo en los discursos de las personas entrevistadas.

En información, de que tiene que solicitar la tarjeta, de que tiene que ir al médico. Que aparte de los amigos y de la gente que él conoce también Cruz Roja ha participado en enseñarle.

Ma+3PreH4AITSI

A nosotros por ejemplo, las asociaciones, trabajar en conjunto, trabajar en conjunto, ¿no? Dividimos, ¿no?, porque aquí por ejemplo en Andalucía eso sucede, que se han organizado varias asociaciones pero unas que sí se han politizado, con... por ejemplo, el Ayuntamiento, y que sí tienes que pertenecer sí o sí, ahí si no perteneces o estas por otro lado en otra asociación, que no, el temor que se siente y siembran entre los inmigrantes, ¿no? Para no poder participar y no... no acudir ahí, y dicen para el temor que tienen para hacer después, no ser atendidos.

Bo+3PreM6SeTSI

Otras fuentes de información que se comentan, aunque con menos frecuencia, entre las personas entrevistadas son la asistencia a los servicios, Internet, los folletos y la información sanitaria transmitida en las clases de español. Aunque son menos habituales, se citan como facilitadores del conocimiento del sistema y los servicios y el acceso al mismo.

Sin embargo, se nombra repetidamente el idioma como barrera para el acceso a las fuentes de conocimiento de los servicios, para aquellas personas que tienen un idioma no autóctono.

Yo generalmente entro en internet. Yo soy... me paso... o antes me informo también. Entonces ya tengo una idea clara, ¿no? Realmente en internet esta todo también, no?... Pero siempre hay las dudas si será lo que dice ahí... y confirmar, ¿no?

Bo-3PreH8SeTSI

Pues cien por cien porque cuando tú estás embarazada te dan folleto que te informan con todo. Las prestaciones que puedes tener, la asistencia que te pueden dar, te dan toda la información, sobre ese aspecto...si tú pides información en España te la van a dar en cualquier sitio.

Bo+3PreM7SeTSI

Dice que para ella hay dificultad para entrar pero...dice que seguramente que hay personas ahí para preguntar y comenta que hay una chica en una mesa y le suele preguntar para...para preguntarle donde tiene que ir y eso.

Ma+3PreM4AITSI

Por su experiencia, lo ha conseguido saber por su experiencia, porque ha estado en sitios en delegación de salud, en el centro de salud leyendo carteles colgados y todo. (...)Que cuando estaban recibiendo clases de español si recibieron clases de información sanitaria, pero cuando han quitado las clases de español, ya han quitado todo.

Ma+3PreH3AITSI

Por ejemplo si hay carteles en el hospital, ella no puede leer si todavía no sabe español. Ella sabe español lo podrá leer:

Ma+3PreM8AITSI

El tiempo de permanencia en España aparece relacionado con el aprendizaje del idioma, y en este caso, vuelve a aparecer como facilitador, fundamentalmente para el acceso a los servicios y como reductor de miedos iniciales. De esta manera, aparece como elemento que aumenta la confianza en los servicios.

Pues me faltaría conocer más, ¿no? Porque tú sabes que mientras... tú vas conociendo las cosas, pues te enteras de otras, ¿no?

Bo+3PreM5SeTSI

Sí, yo conforme que ha pasado el tiempo y he tenido más contactos y sabido más y estoy más informada y tengo más manejo de todo. Me siento con más libertad de ir, con más tranquilidad y con más derecho incluso.

Ru+3PreM9GrTSI

Ha dicho, hemos mejorado un poco. Ahora entendemos cosas.

Ma+3PreM4AITSI

Al principio dice que las dificultades que ella tenía primero del idioma, segundo desconoce lo por ejemplo el centro de salud, donde tiene que ir, no conoce, no conocía mucha gente para que el acompañe, pero ahora sí dice que sabe hablar español aunque poco, conoce gente, acude a clases de español, sabe donde tiene que ir...Que ha notado mejoría.

Ma-3PreM4AITSI

La permanencia en el país de destino también aparece como facilitador para adquirir conocimientos sobre el sistema y los servicios sanitarios, aunque estos conocimientos, según las personas entrevistadas, suelen ser muy específicos, en la mayoría de los casos determinados por necesidades concretas de asistencia.

¿Qué servicios?... Solamente la que me atienda en la cosa... [E. ¿En el centro de salud?] Sí, ajá de mi barrio. Nada más... No, no he visto mucho pero... No lo recuerdo, no le he dado mucha importancia a eso de las especialidades... Si no...lo he necesitado y es por eso tal vez.

Bo-3PreH8SeTSl

Más o menos por las necesidades que tengo o que he tenido, sí. Pero... puede ser que haya más cosas que no las sé... no... no... no lo sé, digamos.

Bo+3PreH7SeTSl

Pues no... no conozco muy bien. Solo hasta ahí, hasta donde yo he ido y todo eso. Hasta ahí no más.

Bo+3PreM5SeTSlno

Esto provoca que, en aquellos casos en los que no hay una necesidad de acudir a los centros sanitarios por alguna demanda específica, no se genera un conocimiento del sistema y de los servicios.

A lo mejor los podría conocer mejor pero yo creo que si realmente tuviese que...gran necesidad, haría por conocerlo llamando a conocidos que trabajan en el sistema sanitario o llamando a un teléfono de información. Que no habría problema, que la falta de conocimiento será a lo mejor por la falta de necesidad.

Ru+3PreM8GrTSl

Lo único que él conoce que cuando está, muy enfermo se va a urgencias del hospital y cuando está un poco, leve se va al centro de salud para pedir cita.

Ma+3PreH3AITSl

Ella conoce donde ha estado.

Ma+3PreM8AITSl

4.3.3 Trámites de obtención de la TSI: TSI como barrera y facilitador

Durante la tramitación de la TSI las personas migrantes entrevistadas identifican tanto aspectos de dificultad como facilitadores.

Las **principales barreras** que se perciben para la obtención de la TSI que se comentan son la falta de residencia y la no cotización.

No obstante, y respecto a la residencia, a veces la barrera es previa. Es decir, hay desconocimiento y confusión acerca de cuáles son los requerimientos para la obtención de las diferentes tramitaciones o de cómo obtener la residencia. Por ejemplo, encontramos verbalizaciones en las que se confunden la residencia, el empadronamiento y la obtención de la tarjeta sanitaria.

La tarjeta sanitaria. Eso con unas fotocopias, ha sido también muy.. me parece que era la fotocopia del documento ese, de la tarjeta... la residencia... sí, el empadronamiento. Sí, el empadronamiento y la tarjeta. Solamente presenté en mi zona y esperé no más que me llegara en un mes. Creo llegó, vía correo. Sí, sí, fue sencillo no creo que hubiera complicaciones.

Bo+3PreM8SeTSl

La falta de cotización es un tema que también ha generado muchas barreras en el acceso, una de las personas entrevistadas relata la experiencia de no obtener la TSI por no cotizar. En los discursos se reitera la preocupación que ello genera por el desconocimiento y el temor a no recibir atención.

Me parece que, en la parte de que si estás cotizando, ahora te preguntan ¿estás cotizando? y si dices, no estoy... entonces tienes que buscarse un... apoderado para que te... para que se le pueda atender:

Bo+3PreM6SeTSI

(...)Y que fue allí y habló, como ella es presidenta de la asociación, pues entonces como presidente habló con XXXX [la trabajadora social]. Entonces, le han solucionado su problema, al final cuando cambiaron de director del centro de salud. Ya como tradición incluso de cortar también el tema de... o sea, tenía la visión también de que a las personas a las que no esté cotizando no se le da la tarjeta y ella le dijo que no tenía que ser así y al final sí dijo tienes razón entonces se normalizó eso. Eh... A las personas que le habían denegado la tarjeta pues ya se la dieron, vino la chica, le hablaron por teléfono incluso, le pidieron disculpas por no haberla atendido... Entonces son cosas que, que han mejorado.

Bo+3PreH7SeTSI

Dice que no le han solucionado nada, dice que sobre todo que la gente, porque el en su caso tiene la tarjeta sanitaria y no está de alta en la seguridad social porque no está trabajando. Dice que él no puede visitar al médico porque le han dado de baja en la seguridad social porque no tiene contrato de trabajo.

Ma+3PreH3AITSI

Como **principales aspectos facilitadores** en la tramitación de la TSI se nombran:

Obtención de la TSI gracias a un cambio en la situación administrativa; Como ejemplo encontramos la experiencia de una persona que obtiene la TSI por la vía del arraigo y otra por la vía de la unificación familiar:

Porque... no ha sido..., o sea, en todos estos años he metido varias veces, me los han denegado los papeles, pero esta vez estoy metido por medio de él [su pareja de hecho]. Me pedían un aval que hemos metido la documentación de él y con eso tuve muchos problemas un mes atrás, por nada más que eso, que no me la querían dar e iba y me salían como que una cosa, luego con otra, con otra... hasta que al final me la han dado.

Bo+3PreM8SeTSI

Se nombran las ONG como facilitadoras del trámite, en este sentido se nombra repetidamente a la Cruz Roja.

Está pensando en solicitarla dice que lo ha comentado aquí con los amigos y le han dicho que tiene que hablar con Cruz Roja para solicitarla.

Ma-3PreM5AITSI

La familia u otras personas conocidas que previamente migradas aparecen también como fuentes de ayuda.

Pero ahora cuando cumplí los 18 años pues ya no puede...ya no tenía derecho al médico. Entonces me pasé con mi madre porque ella como está en lo de eso... cómo se llama... de la Seguridad Social que paga ella ahora.

Ru+3PreM6GrTSI

Según algunas personas entrevistadas, el estar viviendo en Andalucía facilita también alguna serie de trámites. Según el discurso de algunas personas es puede ser más fácil obtener el permiso de residencia o el empadronamiento, cosa que a su vez facilitan la tramitación de la TSI.

Lejos, tiene el centro de salud en Andalucía y el otro está... ella ha tenido su médico en Andalucía y lo ha cambiado a Andalucía por el tema de permiso de residencia.

Ma+3PreM4AITSI

Si por lo mismo, está empadronada en Andalucía. Esto es otro tema, porque luego para solicitar permiso de residencia por arraigo en Andalucía facilitan las cosas, pero si se empadrona aquí pertenece a Andalucía y aquí es muy difícil.

Ma+3PreM4AITSI

Hay una persona que menciona que la gestión de su TSI fue por parte de un empleador; caso en el cual el usuario poco tiene que hacer aparte de dar sus datos al empleador:

Cuanto arregla papeles, al seguro social, te arregla la tarjeta solo, ni pedirla ni na. Cuando me han dao la contrato del trabaja, mándame la tarjeta de Seguridad Social.

Ma+3PreH4AITSI

La primera dice que se lo arregló su...su... jefe, que se encargó de traerlo con contrato y todo.Y otro tipo de tarjeta no la conoce, como está recién llegada no sabe cómo moverse.

Ma-3PreM3AITSIIno

4.3.4 Posesión de la TSI

La posesión de la TSI se ha considerado uno de los facilitadores más concretos y nombrados para la entrada al sistema y la obtención de atención sanitaria. No obstante hay que tener en cuenta que la TSI puede estar en diferentes situaciones:

1. **Tarjeta sanitaria Individual en activo** y permanente, cuando una persona tiene nacionalidad española y está cotizando,
2. “Reconocimiento Temporal de Asistencia Sanitaria en Andalucía”, o **TSI Temporal**, otorgado a las personas migrantes que llegan a Andalucía, y que supone igual cobertura sanitaria pública a la de cualquier persona en Andalucía, con duración entre 1 mes y 1 año.
3. En el momento de estas entrevistas encontramos también a personas que tenían la **TSI en pasivo**, por no encontrarse en situación de cotización y no ser beneficiarios

de ningún familiar o cónyuge. Este hecho se subsanó con a partir del 1 de enero de 2012, cuando entra en vigor la Ley General de Salud Pública.

En función de esto, encontramos diferentes experiencias:

- La TSI es facilitador *per se* de entrada al sistema.

Se comenta que la posesión de la TSI tiene carácter facilitador a la hora de obtener asistencia sanitaria. Este hecho da mucha sensación de tranquilidad y de libertad para acudir a los servicios sanitarios.

- Problemas teniendo TSI: por no cotizar o por TSI temporal.

No obstante, parece que la falta de cotización, es decir, tener la TSI en pasivo o estar en posesión de la TSI temporal también registra algún incidente en la atención.

En este caso, se han verbalizado casos de Imposibilidad de consultas, barreras de acceso a urgencias hospitalarias, cambios no solicitados de facultativo de Atención Primaria, o casos de no aplicación de descuento en medicación con receta.

(...) porque él en su caso tiene la tarjeta sanitaria y no está de alta en la seguridad social porque no está trabajando. Dice que él no puede visitar al médico porque le han dado de baja en al seguridad social porque no tiene contrato de trabajo.

Ma+3PreH3AITSI

Lo principal en el hospital en admisión no te dejan entrar sin el permiso de residencia. (...). Pero como tú tienes la tarjetas sanitarias de cruz roja es mejor consultar al médico de cabecera.

Ma+3PreH3AITSI

El médico de familia (...) He cambiado muchas o unas cinco veces seis veces... (...) Pero a veces no hay para esa persona entonces tenemos que optar por el médico que nos pongan ellos.

Bo+3PreM8SeTSI

Sí. Ahora mismo, porque dicen que si uno no está trabajando no te dan lo... lo... lo que te dan, ¿no? ¿Cómo se llama? Ahí se fijan, si no estoy trabajando, o no esté trabajando mi señora, no te dan más baratos los...

Bo+3PreH5SeTSI

La falta de posesión de la TSI también está, a veces, acompañada de una percepción de peor trato y atención. Encontramos verbalizaciones en las que se comenta que hay trato diferenciado en función de la tarjeta o la situación de la misma.

Pero por ejemplo, cuando persona tiene papeles tiene tarjeta y seguro del médico [seguridad social] de todo, mejor que persona tiene tarjeta de sanitaria [temporal]. Si tiene seguro siempre tiene un médico especial, consulta. El tratamiento es barato con la tarjeta sanitaria, con la otra [temporal] sale caro. Y también problemas consultar problemas de piel de ojos, con la tarjeta sanitaria con el permiso de residencia está más fácil y eso. Persona que tiene

tarjeta y residencia tiene más derechos que el otro. Él sabe que a los indocumentados le dan otra tarjeta que a los que tienen residencia.

Ma+3PreH3AITSI

No hemos encontrado una relación directa entre la posesión de NIE (Número De Identificación de Extranjeros) y TSI. Como vemos en la siguiente tabla, en los tres grupos de población observamos que hay diferente número de personas sin NIE y sin TSI, y a su vez, encontramos que el hecho de no tener NIE no tiene relación directa en posesión de la TSI.

GRUPO	Sin NIE (nº personas)	Sin TSI (nº personas)
Personas de Rumanía	1	2
Personas de Bolivia	1	3
Personas de Marruecos	9	2

203

Por lo tanto, cabe resaltar que, como ya hemos comentado anteriormente la situación administrativa irregular puede afectar en ciertas variables del acceso y atención, pero no se puede decir que sea una barrera de acceso determinante.

4.3.5 Consecuencias de no tener TSI.

Así como hemos visto que, según las personas entrevistadas, la posesión de la TSI es un facilitador evidente para la entrada al sistema, el no tenerla es una barrera. La falta de TSI se considera una de las principales barreras en la atención, llegando incluso a casos en lo que las personas entrevistadas afirman no haber recibido atención por esta causa. Este discurso es muy repetido entre el colectivo de personas de origen marroquí.

Al principio cuando ven que una persona está indocumentada sin tarjeta sanitaria no le facilitan el acceso. Eso ha sido el principal problema.

Ma+3PreH3AITSI

La tarjeta sanitaria es una barrera. La tarjeta. El principal problema es la tarjeta. Porque dice que no la tiene. Dice que en Andalucía no le asignaron un médico hasta que ha pedido un informe.

Ma-3PreM5AITSI

Pero dice que lo único la pega que le hacen es por la tarjeta sanitaria y cuando le dicen que no dice que no tiene nada que hacer; vuelve.

Ma+3PreM8AITSI

A continuación exponemos algunas situaciones en las que no tener TSI conlleva dificultad en el acceso.

Cobros por falta de TSI o TSI activa (cotizando).

Los cobros por acudir sin TSI se mencionan por parte de algunas personas entrevistadas. Encontramos discursos en lo que se afirma que esto ocurre en situaciones de no cotización.

Pues la verdad a la salud gracias a la seguridad social porque ya te digo que mucha gente que no paga su seguridad social y les están cobrando hoy en día por todos los servicios sanitarios que se les está dando.

Bo+3PreM7SeTSI

Otra situación que se verbaliza es cuando se acude a la visita médica sin la TSI. En este caso se puede dar el caso de no aplicación del descuento en medicación por esta razón, que aparece en el discurso de una de las personas entrevistadas.

Sí porque, si uno no va a pedir cita, la... Tú tienes que mostrarnos en la... los papeles... yo una vez he ido sin la... ¿cómo se llama?... La tarjeta, y me ha costado dinero una tableta, o una pomada, sí me ha costado dinero.

Bo+3PreH5SeTSI

La no posesión de la TSI también genera situaciones que de otra forma tal vez podrían evitarse, como pueden ser la asistencia a Servicios de Urgencias cuando la causa no es urgente o la utilización de urgencias como primera entrada ante cualquier enfermedad.

...no tiene ningún problema, ella sabe que en urgencias atienden a toda la gente. Pero dice que lo único la pega que le hacen es por la tarjeta sanitaria y cuando le dicen que no dice que no tiene nada que hacer, vuelve.

Ma-3PreM3AlTSIno

Los temores más frecuentes que presenta la situación de falta de la TSI son el miedo a que les pidan más documentación para los trámites, a no recibir atención o a que les cobren por la atención sanitaria.

Entonces...o tal vez por miedo quizás a que me pregunten eh... como te digo... si tiene seguro médico...tendría que responder lógicamente su seguro antes que nosotros, podría ser una situación de esas...y yo me estaría como situando entre la espada y la pared porque necesitaría que me atiendan rápido digamos. Esa es mi duda sería más o menos así si a mí me exigirían algún tipo de documentación o estar registrado siendo que está...siendo que estoy un poco grave de salud digamos en ese caso.

UB-3 17:17

Dice que no tiene papeles piensa que le van a cobrar:

Ru-3PreH6GrTSIno

4.4 Factores relacionados con los servicios que influyen en el acceso

4.4.1 Entrada a los servicios

En este siguiente apartado de resultados, exploramos otro aspecto que determina el acceso a la atención sanitaria de nuestra población objeto de estudio. Este aspecto son aquellos factores que se relacionan con las características de los servicios y cómo estos factores influyen en la entrada de las personas usuarias a los servicios.

Como resultados principales en cuanto a los factores estructurales relacionados con los servicios, la distancia a los mismos se cita como barrera de acceso a los mismos. Los centros de Atención Primaria se perciben como más cercanos, salvo alguna excepción, y los de Atención Especializada más lejanos. La falta de tiempo para acudir también se relaciona directamente con la distancia, en muchos casos determinado por precariedad laboral o complicación con los horarios. Estos son los dos factores más nombrados y relacionados con asistencia a los servicios.

El transporte hacia los servicios, principalmente de transporte público a centros hospitalarios, representa también una barrera y a su vez una parte importante de los gastos relacionados con la atención sanitaria.

En los factores organizativos, la gestión de trámites de acceso a los servicios se percibe como fácil, rápida y flexible en algunos casos, mientras que en otras ocasiones se habla de poca flexibilidad y problemas diversos. El colectivo marroquí destaca la dificultad de los trámites y de solicitud de cita previa telefónica o por Internet, aunque el circuito es conocido y es mejorado, al juicio de las personas entrevistadas, por la flexibilidad del personal administrativo de AP para el cambio de citas. Existe la percepción de que la condición de migrante implica mayores requerimientos en términos de trámites.

Los horarios de atención se perciben adecuados tanto en comodidad como en extensión. No obstante, emergen demandas de consultas tanto para las tardes como para el fin de semana.

Se mencionan largos tiempos de espera tanto en urgencias como para la obtención de citas tanto en AP como en AH, así como de demoras en la realización de pruebas complementarias. Solamente las situaciones graves influyen en la reducción del retraso.

En los discursos se manifiesta una sobrecarga asistencial relacionada con la falta de personal y a los tiempos de espera derivados de este problema, aunque se verbaliza que hay percepción de suficiencia de servicios. Como elementos específicos la buena capacidad técnica en general de los profesionales.

A continuación se presentan los resultados con mayor detalle:

Volumen y distribución (AP/AH)

El volumen y la distribución de los servicios es uno de los factores que influyen en el acceso a la atención sanitaria. Entendemos como volumen la cantidad de centros sanitarios y la distribución se refiere a su organización en la localización geográfica.

En general, los servicios de Atención Primaria, y él lo relacionado a la distancia a los mismos, se considera que están cerca.

Unas cinco cuadras, seis cuadras. [E: ¿Llegas andando, caminando- al CS?] Sí.

Bo-3PreH8SeTSI

Sí, o sea, hay de todo vamos. No necesito... ir a otro lado. Entonces lo tengo todo cerca... lo que es salud.

Bo-3PreM5SeTSI

Pues sí, la cercanía, porque como vivimos muy cerca yo lo veo muy bien. A parte del dinero no afecta mucho...

Ru+3PreM7GrTSI

Los servicios de Atención Especializada se consideran más alejados físicamente y con mayor dificultad en la accesibilidad, en muchos casos verbalizándose la frecuente necesidad de incurrir en gastos de transporte.

Mmmm...sí, yo creo... bueno el lugar que vivo... de hecho me dista a los dos [hospitales] lados igual... al xxxx y aquí a la xxxx. [E: ¿está cerca?] Sí, de allá, en un coche digamos son 10-15 minutos no es más. [E: ajá... ¿y para llegar andando?] No andando no, imposible. Tiene que ser en coche.

Bo-3PreH8SeTSI

En xxxx, pues está bien disperso porque lo acoge xxxx para los especialistas y tanto un centro como otro y está bastante alejado. Si centralizaran más cerca del pueblo a lo mejor podrían mejorar el servicio.

Bo+3PreH6SeTSI

Solo se observan discursos diferentes, obviamente, en algunos casos en los que las personas que vivían cerca de centros de atención especializada.

Pues mira yo vivo aquí al lado del Bagdad Café. Hasta el [CS] xxxx tardo dos minutos o menos y hasta [el CS] xxxx 10 máximo y hasta el [hospital] xxxx pues... no sé, entre 10 y 15...

Ru+3PreM9GrTSI

Por lo tanto, se puede decir que la percepción general parece identificar cercanía de los centros de AP y lejanía de la Atención Hospitalaria.

El centro de salud muy cerca, el [hospital] xxxx lejos.

Ma+3PreH4AITSI

Al... centro de salud, pues lo tenemos aquí. Pero el hospital está lejísimos. [E: ¿Cómo llegas al centro de salud?] Caminando. [E: Caminado. ¿Y al hospital?] Tengo que irme en autobús.

Bo+3PreM5SeTSI

Cabe destacar que, muchas de las personas entrevistadas viven lejos del CS porque viven en barrios lejanos a los que incluso puede que no llegue el transporte público.

Está muy lejos, pero el problema es el autobús como llegar allí... Falta transporte hay dos autobuses, uno al mañana y uno a la tarde. (UM+3 33:15)

Este problema no se ve en las poblaciones urbanas, es decir que, dentro de las poblaciones investigadas en esta investigación, esta barrera parece afectar a las personas que viven más alejadas, en zonas periurbanas o rurales. Además de la distancia, y relacionado con otros aspectos, vemos que se agrava la dificultad con las situaciones administrativas y económico-laborales más difíciles. En estos casos, la lejanía puede llegar a ser una barrera determinante para el acceso.

En primaria bien, porque además en mi pueblo, el pueblo es pequeño y aunque vivas lejos el centro sólo está en el centro. Pues yo aunque viva en la periferia del pueblo está muy cerca son cinco minutos andando. El hospital me parece que no está muy bien situado. Creo que ... a parte están los dos aquí en la zona norte y los que vivimos en el sur tenemos que cruzar toda la ciudad.

Ru+3PreM9GrTSI

Las barreras es el transporte y los gastos económicos. Porque su centro de salud no está aquí en xxxx esta en xxxx.

Ma+3PreM4AITSI

Algunas veces, por ejemplo, yo tenía cita pero yo no sé cómo ir: No hay coche, no hay autobús yo dejé la cita.

Ma+3PreH3AITSI

Los problemas que se asocian a la lejanía de los servicios son las problemáticas en el transporte público (escasos o incompatibles con el horario libre) y los costes.

No mucho el del transporte. Sabes, si quieres ir al médico tiene que coger un coche y tiene que pagar 15, 16 euros antes llevarte hasta el hospital y esperar. [E.Y ¿Te parece que ese coste es un precio alto o normal?] Pero si hay transporte tu paga menos, tres euros, pero 15 euros esta no para nosotros, un día trabajamos un día no, sabes, gente pobre aquí.

Ma+3PreH3AITSI

Dice que ayer por ejemplo, como ayer estuvo en el hospital, tuvo que alquilar un coche. [E. has alquilado un coche. ¿Cuánto puede costar?] 15 euros... Para ella es mucho dinero.

Ma+3PreH3AITSI

Que también yo vivo en un pueblo de aquí de xxxx que es xxxx, que está a unos 9 km más o menos, pero tengo que desplazarme en autobús. Y bueno, estoy acostumbrada.

Ru+3PreM9GrTSIno

Ella el horario no le gusta del hospital es por el autobús. Por el tema del transporte.

Ma+3PreM4AITSI

Acerca de los servicios disponibles, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, se perciben como suficientes frente a las necesidades de salud. No obstante,

se hace hincapié en los incómodos tiempos de espera, relacionados con la falta de personal, y en la poca organización de la información y datos.

Lo bueno, pues la sanidad. Estoy muy contenta de todo de la sanidad de aquí en España. No me puedo quejar absolutamente de nada, porque yo valoro muchísimo lo que hay aquí. Y lo que habría que cambiar pues nada, más personal y más puntualidad. Lo único, pero por lo demás... Yo agradecidísima con todo lo que hay aquí. No puedo pedir más.

Bo+3PreM7SeTSI

Para ella, si se hacen otros servicios está bien.

Ma+3PreM4AITSI

Son suficientes, pero otra vez, no son muy rápidos.

Ru+3PreM8GrTSI

Encontramos el discurso de una persona que comenta como positivo el aumento de número de Centros de Salud. Es una persona de origen marroquí.

Ahora tiene más de centro de salud, seguro algo más. Antes no había médica del niño, ahora seguro hay médico de niño. Ante un médico nada más, ahora seguro más de cinco o seis médicos.

Ma+3PreH4AITSI

Cabe destacar que, en general, cuando se les pregunta acerca de la disponibilidad de centros, las personas entrevistadas tienden a comentar acerca de su buena percepción general del ambiente en los centros de atención.

Personal de los centros sanitario (AP/AH)

En cuanto al personal sanitario de los centros, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada:

Varias personas reclaman aumentar el número de profesionales disponibles por razones de tiempo inter e intra consulta, por el alto número de pacientes y por mejora de la calidad de las consultas por estas razones.

Mmmh... Como ya te había mencionado o aumentar especialistas o buscar una manera de que los especialistas realmente lleguen a los que requieran sus servicios, o sea, lleguen a los especialistas personas que realmente requieran sus servicios.

Bo+3PreH6SeTSI

Poniendo a más especialistas, son muy pocos especialistas para tantos pacientes que hay.

Bo+3PreM8SeTSI

Yo pienso que poniendo más profesionales. Si el médico que dedica un tiempo más entonces tienes un servicio más de calidad, ¿no? Y la continuidad sería... que un médico siga con... contigo, siempre.

Bo+3PreM8SeTSI

Más profesionales, se necesita más profesionales.

Ma+3PreM8AITSI

O sea, que se ve la falta de personal porque uno necesita atender cuestiones como mucho en diez días, no tres meses después cuando ya estaba todo arreglado, me había arreglado todo.

Ru+3PreM8GrTSI

Más profesionales y medio tiempo de espera, por ejemplo una hora, una hora y media hasta dos horas pueden pero dice que ahora es poco profesional. Dice que antes en todas las consulta hay un profesional pero dice que ahora hay poco.

Bo+3PreH6SeTSI

Algunas personas demandan más personal de traducción in situ. En este sentido, también se valora el la labor de la mediación socio-sanitaria que a veces cumple el papel de traducción.

Un traductor. Es muy necesario que tenga un traductor porque hay gente que llega el primer día le pasa algo y cuando van al centro y al hospital como se comunican.

Bo+3PreM5SeTSI

Cuando se les pregunta acerca de los/as profesionales sanitarios, muchas de las personas entrevistadas contestaban no solo a la pregunta del número de personal disponible, sino a casos concretos y percepciones acerca de la calidad del trabajo de los mismos, en su dimensión científico-técnica y de trato. En casos concretos, en los que se habla de ejemplos concretos, a partir de experiencias, una mujer verbaliza que a partir de su experiencia de dos partos en España, valora más positivamente el personal de enfermería/matronas que al personal médico, por el trato y la cercanía.

Se valora también la relación que se establece con el/la profesional y la capacidad de éstos y éstas de empatizar. Se nombra la suerte de toparse con un profesional empático a la vez que buen médico.

Bien, bien, bien. Porque ¿no? se nota ¿no? la forma en que se dirige el profesional, el trato que te da, el tipo de charla que tiene uno con ellos... Hay, hay... sí, sí, ha habido un buen trato, sí, sí.

Bo-3PreH8SeTSI

En primaria ahora mismo es perfecta. No ha sido así cuando tenía otro médico, creo que depende casi exclusivamente del médico que te toque y de la relación que tú establezcas con él.

Ru+3PreM9GrTSI

Con los enfermeros yo pienso que es diferente. [E: ¿En qué sentido?] Son muy déspotas. (Risas) [E: ¿Por qué lo piensas?] No sé por qué lo pienso... ja, ja, ja. Porque así lo atienden a uno... Administrativos, bueno, para mí bueno. Son las enfermeras las que he visto yo...

Bo+3PreM8SeTSI

No es bueno si no es malo, depende de cómo tratar con gente. Eso es todo. Depende de la persona que te trate, no son ni buenos ni malos.

Ma+3PreH3AITSI

4.4.2 Servicios disponibles (AP/AH)

En cuanto a las infraestructuras propias de los centros, en concreto en la apariencia física, se habla de los Centros de Salud como cómodos y bien organizados, pero de los servicios de Urgencias como generadores de agobio.

Es...no sé es cómodo porque...digamos en comparación de mi país es... ahí hay mucha gente es mucho agobio. En cambio acá era más controlado más... todo estaba más perfeccionado.

Bo-3PreM5SeTSI

Había mucha gente [en la sala de espera de urgencias], me sentía agobiada, me quería ir...

Bo-3PreM5SeTSI

La tecnología, la gratuidad del servicio así como el tratamiento de enfermedades propias del país de origen, como el Mal de Chagas, se nombran como aspectos positivos.

Yo creo que están preparados porque... bueno de hecho...también creo que se están invirtiendo en algo que es... el... una enfermedad que hay allá que es el Mal del Chagas, que se está invirtiendo bastante. Entonces considerarlos como preparados yo creo que sí o por lo menos que están en ese, en ese camino ya en investigación y básicamente se podría decir a la vanguardia porque es reconocer una realidad que también hay acá, como hay bastante inmigrantes bolivianos pues llega a ser como un problema... no un problema...

Bo-3PreH8SeTSI

Bien. Me parecen buenos. Sí. [E: ¿Por qué?] Porque... por una parte, por ejemplo, te ofrecen que acudas al especialista ya sea el oculista, ¿no? y... aunque demora un tiempo, pero no tienes que pagar; ¿no?

Bo+3PreM6SeTSI

Sí, un poquito digamos el cambio [frente al país de origen] puede ser un poquito la tecnología, un poquito eso y otro aspecto digamos la...bueno la gratuidad también. Eso... ¿No? eso es muy importante, ¿no? que sea gratis aquí.

Bo-3PreH8SeTSI

Pues lo que yo he visto, o sea, apuestan mucho por la tecnología, por el futuro. Tienen bastantes conocimientos todos. Pero el tema es el mismo, faltan profesionales.

Bo+3PreH7SeTSI

4.4.3 Organización de los servicios (AP/A)

En el aspecto concreto de organización de los servicios, hay multitud de comentarios acerca de los horarios y tiempos de espera. En los diferentes apartados, encontramos diferencias entre AP y AH, que se comentará en cada caso:

Los horarios son percibidos como cómodos, prestando la posibilidad de ajustar las citas fuera del horario laboral. En la mayoría de los casos no se percibe como una preocupación fuerte siendo la incompatibilidad con el horario laboral la principal dificultad, en especial en AH.

Los horarios, sí, los horarios, sí son bien los horarios. [E: ¿te cubren...?] Sí, cubre, cubre, sí.

Bo-3PreH8SeTSI

Yo creo que sí están bien, porque hay en la mañana y en la tarde, ¿no? hay sensibilidad por si uno trabaja en la mañana o en la tarde. Entonces, se puede optar por el horario que a uno le convenga.

Bo+3PreM8SeTSI

Pues... aquí por decir... para ir a sacar una cita te atienden a partir de las 8. Lo único que la urgencia tú puedes entrar, ¿no? Pero, a atención al cliente pues es a partir de las 8. [E: ¿Y conoces los horarios de lo que es urgencia y lo que es hospital, también?] En urgencias es el rato que uno va.

Bo+3PreM5SeTSI

Para ella lo ve normal aunque te lo han dado varias veces en horario de trabajo pero lo ve normal.

Ma-3PreM5AITSI

Está bien el horario dice que está bien.

Ma+3PreH3AITSI

Pues bueno. Me parece bien, porque me pone la cita...como me dice...el programa del médico para hoy, para mañana y yo digo mejor mañana que ya puedo yo (...) [E: ¿y te parecen cómodos estos horarios, se ajustan a tu trabajo?] Sí. Muy cómodos, sí.

Ru-3PreM5GrTSI

No hay alusiones a tiempos de espera demasiado largos para AP, aunque sí en los servicios de urgencias y en AH. En algún caso aparece como inconveniente, pudiendo generar la costumbre de hacer uso solo de la atención primaria en el Sistema Público.

Pues la verdad que yo pienso que si tú eres médico y haces una encuesta a todos tus pacientes preguntarles qué tarde les viene bien. Porque al final de cuentas él trabaja para la población que de sus pacientes, del bolsillo de sus pacientes sale el sueldo de él.

Bo+3PreM7SeTSI

En este sentido, los tiempos de espera aparecen como uno de los factores que más puntos le restan en calidad y al acceso a los servicios del sistema de salud, llegando a ocasionar, según comentan las personas entrevistadas, demoras de las pruebas complementarias y agravamiento del problema de salud. Dos informantes verbalizan claramente que podría ser una razón por la que optarían por la asistencia privada en el caso de disponer de recursos económicos.

Fatal. Eso es lo peor que llevo esperar. Tienes cita a las doce y veinte y te atienden muchas veces a la una y veinte. Es que me ha pasado durante el embarazo, un embarazo fácil mira, la espera es lo peor que se lleva.

Bo+3PreM7SeTSI

Por parte del trato de los médicos ha sido bueno pero el tiempo de espera no le ha gustado.

Ma+3PreM8AITSI

Pero sabes el problema es esperar, si hay mucha gente y no hay médico. Los tramites lo ve bien, pero le preocupa más cuando tu tenga un problema de salud y te den la cita para dos o tres días eso ya... esas cosas importa. Hay mucha gente que se aburre de ver médico.

Ma+3PreH3AITSI

Si te vas a la urgencia tienes que esperar muchísimo, dos horas o más.

Ru-3PreH6GrTSlno

Como le digo, tengo un amigo, lo llamaron casi media hora se tardó la ambulancia. Y... y... ha fallecido, la cosa es que le dio un paro cardiaco, y le hablaban y casi la media hora tardaron.

Bo+3PreH5SeTSI

Y otro motivo que es el tiempo de espera. Dice que ella cuando se va enferma y se pone a esperar tanto tiempo se pone más enferma.

Ma-3PreM4AITSI

También encontramos sugerencias de mejora:

Algunas personas entrevistadas demandan más volumen de consultas en las horas de la tarde. Estos comentarios aluden a las consultas de AP.

Pues los horarios, la verdad. Me gustaría muchas veces que mi médico tuviera dos tardes porque era un par de tarde que yo descanso. Pero nunca puedo coincidir que mi médico y yo coincidamos. Siempre tengo que ser atendida por alguien de urgencias o por alguien que no sea él. Entones eso me impide para ver a cualquier...o acceder a cualquier médico que yo quiera que me atienda.

Bo+3PreM7SeTSI

A mí me vienen mal por el tema del trabajo. Y...sí, bueno, están por la mañana y por la tarde pero por la tarde hay pocos médicos que van por la tarde. Van a lo mejor una tarde o dos veces...

Ru+3PreM9GrTSI

En general, hay un aparente conocimiento de los trámites básicos de gestión de servicios sanitarios (citas, analíticas, etc.) una vez que las personas están recibiendo atención sanitaria y están dentro del sistema. Se percibe una buena valoración en general de los procesos a seguir, con una mayor dificultad en los trámites de la AP.

Que son ágiles los trámites, que son ágiles.

Ru+3PreM9GrTSI

Se comenta que la posibilidad de tener una cita, tanto para Atención Primaria como para Hospitalaria, se identifica como un gran facilitador (y su ausencia como gran

barrera). Se habla de la relativa facilidad de los trámites y los horarios, pero se destaca la desorganización de la gestión.

Perfecto esta cosa perfecto la cita, si tú pides cita el horario está perfecto. Pero sabes el problema es esperar; si hay mucha gente y no hay médico. Los tramites lo ve bien, pero le preocupa más cuando tu tenga un problema de salud y te den la cita para dos o tres días eso ya... esas cosas importa. Hay mucha gente que se aburre de ver médico.

Ma+3PreH3AITSI

Le di mi tarjeta, tenía que esperar un poquito que había más gente pero normal, bien. Cuando me fue la primera vez un poco tímida un poco que no sabe hablar; no ...estaba pensando que me pregunta algo y yo no comprendo, no... no entiendo que me dices, pero en fin... normal... Pues bien, me di cuenta que la...que el personal del centro de salud está muy amable, muy... bien... pero... bien... no tenía, no he tenido problema por la idioma, por nada.

Ru-3PreM5GrTSI

Algunas personas entrevistadas mencionan la facilidad de los trámites por teléfono e Internet, pudiendo informarse a través de estas vías.

Mmmh... Pues la facilidad de pedir cita, lo único que puedo destacar. Por teléfono o por internet, vamos, que es lo más práctico.

Bo+3PreM8SeTSI

En alguna ocasión, se alude también la falta de conocimiento de algunas personas administrativas de los trámites o de algunos detalles que hay que cumplir. Aunque hay personas que opinan que, a su vez, el trato personal se considera elemento facilitador:

Con los administrativos, lo que facilita la comunicación es la hoja de citas o por ejemplo para pedir cita y cuando te preguntan qué es lo que te duele, tú te pones el dedo en la barriga... y dice como por ejemplo hay enfermera pues que la comunicación que está con ella o el contacto es la analítica. Entonces tú le entregas la petición y ya sabe que va a sacar la sangre, entregas la orina y está todo claro.

Ma-3PreM5AITSI

Mira hay como en todos los lados, administrativos más amables y otros menos amables. Algunos días te encuentras algunos más amables y otros menos amables. Pero no, no le veo una gran pega a esto. Por norma general pues la gente es... sí, te trata, te responde bien, no trata mal, con mejor o peor humor; pero nadie nunca...ni me han negado ningún tipo de acceso a ningún servicio, ni he visto que a mí me trataran especialmente peor que a otros que estaban ahí, tenían el mismo mal humor para todo el mundo (risas). Entonces, pues... bueno.

Ru+3PreM9GrTSI

Pues para cita, para hacer una cita, no, no hay que esperar mucho. No hay mucha gente cuando fui yo. Y la cita es la hora aproximada, no es la hora fija. Si alguien dentro, esperas cinco minutos o si no hay nadie entras más rápido de la hora de la cita. Eso depende de...

Ru+3PreM7GrTSI

Los trámites o el hecho de tener que hacer más trámites es una de los factores que diferencia a personas migrantes de personas locales. No obstante, en términos generales, se considera que se presta la misma atención a ambos grupos de población.

El que no tengas que pedir tantos papeles o...no sé...eso...que no te deben pedir tantos papeles. [Habla de la diferencia entre locales e inmigrantes frente a salud]

Bo-3PreM5SeTSI

4.5 Factores relacionados con las personas migrantes (la condición de ser migrante)

Algunos factores que inciden en el acceso de las personas a la atención sanitaria y que se relacionan con el hecho de ser una persona migrante, se han ido comentando a lo largo de este epígrafe.

Los principales resultados muestran que la mayor barrera para el acceso es la situación laboral, la falta de trabajo o precariedad laboral, horarios incompatibles o situaciones administrativas irregulares. Las personas entrevistadas procedentes de Bolivia afirman que el trabajo estable da mayor flexibilidad, aunque se dan casos en los que ellos mismos no solicitan permiso por decisión propia o utilizan el permiso para otro tipo de trámites. El horario de apertura de los servicios se nombra en algún caso como barrera por incompatibilidad familiar o laboral, a pesar de considerarlo, en general, amplio.

El tiempo de permanencia en España y el manejo del idioma se nombran como principales facilitadores de entrada a los servicios. Estos dos aspectos facilitan la comunicación y el conocimiento del sistema y su funcionamiento; el tiempo en España también hace que los patrones de uso del migrante se asemejen a los de las personas locales.

A continuación, se resaltan a continuación con mayor detalle:

La **situación económico-administrativa**, según algunas personas entrevistadas, es una de las principales barreras de acceso. La falta de trabajo es un claro inconveniente. Los aspectos relacionados al acceso a los servicios sanitarios más destacados son la dificultad de hacerse cargo de gastos de transporte y medicinas.

Para ella estar trabajando le facilita el acceso bueno y el ir, acudir a un centro sanitario porque lleva los gastos, si no está trabajando, no.

Bo+3PreM7SeTSIno

El principal, principal problema es el trabajo, dice que si uno trabaja puede llegar cualquier sitio. Dice que esta mujer se la ido el autobús y no ha podido ir porque no tienen dinero para pagar a un hombre que los lleve. Entonces si hay trabajo se arregla todo.

Ma+3PreH3AITSI

Muchas veces tengo que pedir permiso o muchas veces cancelar. Cancelar la cita y pedir otra cita hasta que por lo menos pueda tener el tiempo libre.

Bo+3PreM7SeTSlno

Dice que para ir a un centro o al hospital dice que necesitan transporte y que tienen que alquilar un coche dice que para una persona que trabaja le da igual que alquila un coche que le cuesta más caro pero que para una persona que no trabaja es un poquito difícil y duro.

Ma-3PreM3AITSlno

Otra de las barreras derivadas de no tener una situación laboral y administrativa estable es el cambio de profesional de referencia por renovación de la TSI y la no reducción en el gasto de medicamentos.

El hecho de que actualmente me encuentre sin trabajo. Pienso también que influyen en mi salud, el hecho de que cada cierto tiempo cambio de médico [por renovación de TSI temporal]. Pienso también que influye un poco porque es una vuelta a conocerme, digamos, el seguimiento de mi salud pese al historial, ¿no? [E: ¿Cuántas veces has cambiado?] Seis. (...) Eh... yo no he cambiado, me lo han asignado.

Bo+3PreH6SeTSI

Sí. Ahora mismo, porque dicen que si uno no está trabajando no te dan lo... lo... lo que te dan, ¿no? ¿Cómo se llama? Ahí se fijan, si no estoy trabajando, o no esté trabajando mi señora, no te dan más baratos los... [E: Los medicamentos.] (...) No, eso, no me dan el descuento. (

Bo+3PreH5SeTSI

En este sentido, y según algunas personas entrevistadas, hay una estrecha vinculación entre la situación laboral y la percepción de salud, y en algún caso, se especifica concretamente, con la salud mental.

Claro, un buen trabajo, un trabajo bueno siempre ayuda mucho a las personas y a las familias. [E: ¿Cómo sería el acceso a la salud pública cuando tienes trabajo y cómo sería el acceso a la salud pública cuando estás en el paro?] Bueno yo el acceso a la salud pública, pública... No es que es el acceso a la salud pública no... Tal vez eh... a veces estas situaciones también suelen conllevar también a algún tipo de problema de salud también. Los estreses que se provocan que no tienen trabajo. Eso puedes ser también causantes sobre todo en estos países que yo allá en mi país no lo conozco mucho porque no se vive así.

Bo-3PreH8SeTSI

El tiempo de estancia en España se relaciona con varios aspectos que mejoran la situación de las personas migrantes, en opinión de las personas entrevistadas. Por un lado, se relaciona el tiempo de estancia con el mejor conocimiento del sistema de salud, de hecho, las primeras asistencias a los servicios de salud se consideran fuente primaria de información acerca del mismo.

Sí, es diferente porque yo me acercaba a información me decían una cosa, tiene que ir a tal sitio y como yo no conocía muchas veces tardaba más en llegar y todo eso pero ahora ya no.

Bo+3PreM7SeTSlno

Además, el tiempo de permanencia en España se verbaliza como un factor fundamental en el aprendizaje del idioma, así como se ha comentado en el apartado de fuentes de información de entrada a los servicios. Según las personas entrevistadas, este conocimiento facilita el acceso y reduce los miedos iniciales a acudir, aumentando la confianza al momento de acudir a los servicios.

Pues me faltaría conocer más, ¿no? Porque tú sabes que mientras... tú vas conociendo las cosas, pues te enteras de otras, ¿no?

Bo+3PreM5SeTSI

Que he aprendido mucho, o sea, que no sabía al comienzo, y me falta mucho por aprender, para poder transmitirlo a las personas.

Bo+3PreM6SeTSI

En consecuencia, encontramos personas que nos cuentan que un mayor conocimiento del sistema le genera mayor seguridad al momento de acercarse a los servicios. En este sentido, también aparecen verbalizaciones de personas que aluden a los miedos y percepciones vinculados a la irregularidad o la migración.

Sí, yo conforme que ha pasado el tiempo y he tenido más contactos y sabido más y estoy más informada y tengo más manejo de todo. Me siento con más libertad de ir, con más tranquilidad y con más derecho incluso.

Ru+3PreM9GrTSI

Por último, vemos que el patrón más habitual de uso de los servicios es: primero la AP seguida por la AH. En general, en todos los colectivos la generalidad muestra que se acude más a los servicios cuando la dolencia se percibe como grave, lo que tiende a empeorar la patología antes de la visita médica y a usar la farmacia y automedicación ante dolencias leves. Ante la gravedad de la dolencia, en algunos casos, se afirma acudir directamente a los servicios de urgencia, aunque no es el discurso generalizado.

Si es grave voy al médico

Bo+3PreM8SeTSI

...solamente cuando llega a ponerse muy muy enferma. Ha ido una vez porque ha llegado a ponerse muy muy mal. Cuando es algo ligero dice que aguanta .

Bo+3PreM7SeTSIno

Me tomo algo que tengo en mi casa. Que sea algo grave, que se pones más...me voy al médico.(...) Si es una hemorragia o algo o me rompo algo o así...pero no...de otra manera no.

Ru-3PreM5GrTSI

La automedicación como alternativa a la utilización de los servicios solo se da en casos de dolencia leve, sin ser un patrón generalizado. Las personas marroquíes y rumanas creen más en la medicina occidental mientras que las personas bolivianas combinan más con la tradicional, relacionando la auto-medicación como tendencia cultural.

No, no voy mucho al ambulatorio. En primer lugar es por lo que, se pierde mucho tiempo y por eso es que acudo primero, antes así con... con cosas naturales, con infusiones y todo eso. Pues no puedo vencer con eso al mal, pues entonces ya acudo al ambulatorio. Pues no me queda otra que perder mi tiempo ya... a mi modo, ¿no? Ya lo único.

Bo+3PreM5SeTSIno

En el caso de personas rumanas, la automedicación se basa en el consumo de fármacos. Son minoritarias las locuciones acerca de hiper-frecuentación o acudir al médico por cualquier sintomatología.

Por ejemplo, cuando es un dolor de cabeza, un dolor de estómago o algo así me tomo un antiinflamatorio, un calmante, un nolotil o como se dice, un ibuprofeno... Si veo que es algo grave pues me hago un cita al médico de cabecera y veamos que...

Ru+3PreM7GrTSI

Es que en Rumanía, por ejemplo, tenemos una mala costumbre que es la de automedicarnos. Entonces, siempre los abuelos te dan consejos sobre tomate esto, tomate lo otro, y digamos que es casi lo primero que hago, es una tradición que hay. Y luego ya cuando veo que la cosa se pone peor y en función de la gravedad de la cosa, del dolor; pues ya sí acudo a un centro especializado.

Ru+3PreM9GrTSIno

Todos los colectivos entrevistados tienen comentarios acerca del trato discriminatorio recibido en los servicios por el hecho de ser inmigrante. Se habla de situaciones y ambientes poco propicios a la integración, trato frío y "déspota", mayores esperas y consultas más cortas e incluso limitación de recursos. Estas situaciones a veces vienen generadas, según la opinión de los usuarios, por la falta de personal suficiente. No obstante, hay excepciones significativas; por un lado, algunas personas bolivianas dicen no percibir tanta discriminación. De hecho, es significativo que las personas de Bolivia con mayor permanencia en España se refieren al sistema sanitario como el lugar donde se trata con más equidad a las personas con indiferencia de su procedencia.

En mí particular no. pero de siempre yo he escuchado, por ejemplo el brote de sarampión últimamente. Que rápido se lo culparon a los inmigrantes. Y que... como era la mayoría bolivianos aquí en Andalucía, que sí, que era una familia boliviana y era una familia es Igualdad a todos los sistemas... exámenes, laboratorios, todo eso, que nos traten igual que al que vive aquí. Eso más o menos. Tampoco lo puedo decir mejor, no?... Por lo menos eso, sí. Por lo demás estamos conformes.

Bo+3PreM6SeTSI

Ha comentado un ejemplo de esta mañana. Estuvo en el centro de salud y ha tenido sacar una analítica de sangre y ella tenía la cita a las 2 y 2 minutos y llegó una española que tenía a las 2 y 6 minutos y entró antes que ella. [E. ¿Y le han dicho por qué?] Sí, ella preguntó por qué y le han dicho que la otra se ve que está muy mal que por eso le han entrado ella primero. [E. ¿Y qué opina ella de eso, cómo se sintió, que le pareció la explicación?] Discriminación... No ha dicho porque somos marroquí.

Ma-3PreM4AITSI

Sí, que tiene que mejorar. Porque es que se escucha, ¿no? de varias personas, es que a mí esto me dijeron, esto... Siempre la discriminación sí funciona. Sí o sí la hay, la hay esa discriminación. Pues que... ¿lo atienden? Sí lo atienden, pero siempre protestando.

Bo+3PreM5SeTSIno

(...) y más siendo extranjero pero de segunda categoría como yo digo. Los que venimos del Este nunca vamos a tener el mismo status que los que vienen de Europa Occidental.

Ru+3PreM8GrTSI

Hasta aquí se han relatado los resultados del trabajo exploratorio realizado en la primera fase de trabajo de campo. Esta fase aporta información cualitativa relevante sobre el acceso de la población migrante a los servicios de salud públicos. Se vislumbra que la condición socio-económica propia y la estructura y organización tanto del sistema sanitario como de los servicios disponibles son factores a tener en cuenta por su importante influencia en las posibilidades de acceso a la asistencia sanitaria. Por último, en este periodo comienzan a ser importantes el impacto de la crisis económica y los cambios en políticas públicas como factores a analizar en relación al acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria.

4.6 Tablas 4: Resumen de resultados de usuarios migrantes en Andalucía (I)

4.6.1 Entrada al sistema y TSI

Tabla 1. Resumen Entrada al sistema y TSI	
Provisión de Información de entrada al sistema	Información provista por familia y redes sociales.
	Información y apoyo en la gestión de la TSI provista por ONGs, contactadas por sugerencia de familiares y redes.
	Actitud abierta de los servicios.
	Falta de información institucional.
	Miedos por información institucional errada.
	Miedos por desconocimiento.
Tramites y requisitos obtención TSI	Proceso sencillo con formulario entregado en CS, empadronamiento (en ocasiones) y tarjeta de residencia (para personas regularizadas).
	Poco conocimiento específico de trámites y requisitos.
	Complicados trámites de entrada al sistema para recién nacidos.
	Exigencia de estar cotizando.
	Exigencia de tener residencia legal.

Tabla 1. Resumen Entrada al sistema y TSI	
Estrategias de obtención de la TSI	A través de solicitud en CS.
	Como beneficiario de familiar.
	A través de Cruz Roja.
	A través de empleador.
	Cambio de situación administrativa.
Posesión de la TSI	TSI es facilitador per se.
	Problemas teniendo TSI: por no cotizar o por TSI temporal.
Consecuencias de no tener TSI	Cobros por falta de TSI o TSI activa (cotizando).
	Asistencia a Urgencias.
	Barreras en la atención.
	Negación de atención.
	Temores.

4.6.2 Conocimiento del funcionamiento de los servicios

Tabla 2. Resumen Conocimiento del funcionamiento de los Servicios	
Fuentes de información y conocimiento sobre estructura del sistema y funcionamiento de los servicios	Generalizado poco conocimiento sobre el sistema y su funcionamiento, con deseos de conocer más. Desconocimiento como barrera, sobre todo para recién llegados.
	Familia y redes sociales como fuente principal de información sobre los servicios de salud.
	Percepción de poca información institucional, aunque buen mensaje a través de la buena asistencia.
	Necesidad de mayor información/formación en salud y servicios sanitarios.
	ONGs como fuentes de información y apoyo.
	Otras fuentes de información menos frecuentes -internet, folletos-.
	Tiempo como factor fundamental en el aprendizaje.
	Idioma como barrera para el conocimiento de los servicios.
Conocimientos específicos, determinados por necesidades concretas de asistencia.	

4.6.3 Factores relacionados con los servicios (AP/AH)

Tabla 3. I. Resumen Volumen y distribución de los Servicios	
Servicios disponibles, infraestructura, personal, equipos	Servicios suficientes, aunque con algunos puntos a mejorar.
	Buena valoración de infraestructuras y equipos.
	Necesidad de más profesionales.
	El trato con el personal depende de con quien te toque, pero suelen estar bien en los aspectos técnicos.

Tabla 3.1. Resumen Volumen y distribución de los Servicios

Distancia a los servicios	Percepción mayoritaria de CS cercano y HP lejano.
	Se evidencia relación directa: generalmente, a mayor distancia, mayores gastos relacionados con la asistencia.
	Distancia por situación propia del usuario.
Transporte público y soluciones de transporte	Insuficiencia de los servicios de transporte público.
	Impacto relativo de los costes de transporte.
	Marroquíes tienen 'sus propios taxis'.

Tabla 3.2. Resumen Organización de los Servicios: Accesibilidad Organizativa y Económica (AP/AH)

Trámites (petición de citas, pruebas, cirugías, requisitos, miedos)	Problemas diversos en gestión de trámites y datos.
	Idioma genera problemas y miedos en trámites -sobre todo marroquíes-.
	Miedo a trámites por desconocimiento.
	Conocimiento específico.
	Trámites como facilitador y como barrera.
Horarios de atención	Por evitar trámites de AP se acude a Urg.
	Los horarios se perciben en general como cómodos.
	Varios casos hablan de incompatibilidad con trabajo o familia.
	Se piden más consultas de tarde.
Tiempos de espera (programación de cita, en sala de espera, en urgencias, etc.)	Comentarios varios.
	Largos tiempos de espera como uno de los principales <i>handicaps</i> del sistema.
	Ejemplos de espera.
	Tiempos de espera con impacto negativo en salud.
Pagos sanitarios (por consulta, tratamientos)	Algunos ven las esperas como relativamente comprensibles, sobre todo en AP.
	Por evitar tiempos de espera de AP se acude a Urg.
	Pagos asumibles para quien tiene trabajo.
Otros pagos relacionados (transporte, gestiones por terceros, documentos, etc.)	Pagos relacionados con TSI temporal o TSI en pasivo.
	Cobro por Urg
	Pagos de transporte asumibles para quien trabaja.
	Pagos aumentados de transporte por deficiencias del sistema público.
	Pago por empadronamiento.

4.6.4 Factores que inciden en el acceso relacionados con los inmigrantes

Tabla 4. Resumen Factores que influyen en el acceso relacionados con los usuarios	
Condiciones de vida (situación laboral, recursos económicos, condiciones de habitabilidad, etc.)	Beneficios de trabajar:
	Trabajo y asistencia sanitaria: problemas con tiempo, horarios y permisos laborales.
	Paro como Principal barrera: barrera de asistencia, falta de recursos y afecta salud mental.
	Nivel económico y acceso a privada.
	Recursos económicos y acceso: afectan pero no determinan.
Situación administrativa y socio económica (regular/irregular; cambios de situación administrativa)	Estar -o pasar a estar- regularizado trae mejor trato y acceso más fácil.
	Miedos por situación irregular:
	Negación de asistencia por aspectos administrativos no resueltos.
	Barreras por irregularidad y no cotización. Situaciones administrativas particulares.
Miedos y percepciones vinculados a la irregularidad o la migración.	Por irregularidad: miedo -más en recién llegados- a la policía, a estar en la calle, a ser denunciado en los servicios de salud.
	Miedos por idioma y desconocimiento; los miedos se reducen con el tiempo.
Familia y Redes sociales	Como fuentes de información de entrada y funcionamiento de los servicios.
	Familia como facilitador de la TSI.
	Como facilitadores de transporte.
	Importancia como acompañamiento general -comunicación, información, traducción, apoyo moral-.
	Redes sociales como apoyo frente a barreras de atención.
	Como facilitadores frente a barrera idiomática. Otros comentarios
Percepción de adaptación cultural (tiempo en España, idioma, percepciones relacionadas con la integración cultural).	El tiempo en España trae conocimiento y fortalecimiento de redes: empodera.
	Factores llegados con el tiempo ajeno al usuario.
	Cuenta el tiempo de la familia, no solo el individual.
	Cada vez asiste menos a los servicios.
	Barrera idiomática mejora en el tiempo: manejo del idioma es gran facilitador.
	Población rumana tiene gran facilidad para el idioma.
	Barrera de idioma con bolivianos.
	Idioma como barrera principal, solo en marroquíes.
Leve adaptación del sistema a la barrera idiomática. Se habla poco de integración cultural.	

Tabla 4. Resumen Factores que influyen en el acceso relacionados con los usuarios

Patrones de uso de los servicios (uso de las urgencias, asistencia a citas marcadas, frecuencia de asistencia).	Se acude a los servicios solo en caso de gravedad; intentan no acudir mucho.
	Ante dolencia muy grave se acude a urgencias, pero normalmente se acude al CS.
	Acuden directamente a Urgencias porque solo acude cuando es grave, ha intentado resolverlo por su cuenta o no tiene tiempo -o por ahorrar los tiempos de trámite y espera en AP-.
	Ante problemas en la atención: dejar de ir; regresar en otro momento, resignarse y esperar; o intentar solucionarlos.
	Atenderse en su país por dilación de los procesos en España.
Percepciones culturales o religiosas sobre salud y enfermedad (autotratamiento natural/farmacológico, prácticas religiosas o culturales).	Auto-tratamiento farmacológico para problemas leves en rumanos, bolivianos y UM+3.
	Auto-tratamiento natural solo en bolivianos.
	No se automedica -pocos casos-.
	Marroquíes y rumanos creen más en la medicina occidental, bolivianos combinan con la tradicional.
	Percepciones particulares frente a salud y enfermedad.

4.6.5 Aspectos Generales

Tabla 5. Resumen Aspectos Generales

Opinión general sobre entrada al sistema y a los servicios.	El acceso es mayormente percibido como fácil, resaltando la gratuidad, aunque se pueden mejorar algunas cosas.
	Facilidad de acceso, pero deficiencias en la continuación de la atención -trato con poca dedicación, necesidad de mucha gravedad para ser tomado en serio.
Percepciones de discriminación en o entorno al sistema de salud.	Percepciones de discriminación en el sistema sanitario: 'que nos traten igual que al que vive aquí' 'porque muchas veces te sientes que porque eres inmigrante no te echan cuenta'.
	Percepciones de discriminación general/social: "Ellos siempre ven a la persona extranjera como algo que es inferior: Siempre gente siente extranjero aquí."
	En servicios de salud se trata igual a inmigrantes y locales -pero, ¿eso es no discriminación?-.
Contexto	Discriminación.
	Ambiente poco propicio a la integración.
	Desconfianza entre inmigrantes del mismo barrio.
	Viviendas aisladas, insalubres y con rondas de la guardia civil.
	Cambio en las poblaciones de origen. Crecimiento de la población.

5 Resultados Objetivo Específico 3

Evaluar la percepción del impacto que tiene el Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes y el conjunto de medidas de ajuste implantadas entre mayo y agosto de 2012 en las condiciones que influyen en el acceso y calidad de la atención sanitaria que recibe la población migrante comparando antes y después de la aplicación del mismo, con el objetivo de contribuir al diseño de un modelo de intervención social.

Objetivos específicos

Analizar los cambios en la percepción del acceso y la calidad de la atención sanitaria después de la aplicación del RDL 16/2012 y el conjunto de medidas de ajuste implantadas entre mayo y agosto de 2012 desde el punto de vista de las personas migrantes.

Comparar la percepción actual de los agentes principales con los resultados obtenidos en primera fase del proyecto, realizado entre 2011 y 2012.

223

5.1 Resultados objetivo específico 3a

Analizar los cambios en la percepción del acceso y la calidad de la atención sanitaria después de la aplicación del RDL 16/2012 y el conjunto de medidas de ajuste implantadas entre mayo y agosto de 2012 desde el punto de vista de las personas migrantes.

5.1.1 Conocimiento general de los cambios recientes en el sistema sanitario

Para poder analizar las entrevistas que se realizaron en esta segunda fase, era muy importante indagar acerca del conocimiento que tenían las personas entrevistadas sobre los cambios relacionados con el Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes y el conjunto de medidas de ajuste implantadas entre mayo y agosto de 2012.

De los resultados de esta segunda fase de la investigación podemos destacar que la percepción y las opiniones sobre el acceso al sistema de las personas entrevistadas no se han modificado de forma sustancial entre las dos fases de la investigación.

Los ajustes económicos más relevantes en Andalucía en la primera fase de la investigación ocurrieron entre mayo de 2010 y diciembre de 2011. En mayo de 2010 el cambio más importante fue la reducción del salario de los y las funcionarios y funcionarias.

En la segunda fase de la investigación, es decir, desde finales de 2012 hasta marzo de 2013, los hechos más relevantes son la aprobación del Decreto Ley 16/2012, más reducciones salariales y la aprobación de otras reformas, que incidieron en la situación económica, como la nueva reforma laboral, por ejemplo.

En este primer apartado, se ha querido resaltar diferentes momentos y el conocimiento que se tiene en cada uno de ellos. La importancia que se le da a estos tres momentos radica que en el primer momento todavía no se conocía la entrada en vigor del RDL 16/2012, por lo que las verbalizaciones en este periodo pueden ajustarse más a la situación de crisis económica. En el segundo periodo, entra en vigor esta nueva normativa que genera mucha información y a su vez, confusión. Por último, en el tercer periodo comienza a ejecutarse la aplicación del Real Decreto 1192/2012 del 3 de agosto del 2012, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, esto 3 momentos van acumulando la situación de crisis económica que atraviesa el Estado Español, así como las nuevas normativas que rigen el acceso a la asistencia sanitaria de las personas migrantes. Los tres momentos son:

- Desde final 2011/inicio de 2012
- Durante el segundo y tercer trimestres de 2012.
- Desde final 2012/inicio 2013

Los **principales resultados** acerca del conocimiento de cambios que se dieron en CCAA Andaluza fueron:

Desde final 2011/inicio de 2012

Entre **finales de 2011 y los primeros meses de 2012** las personas entrevistadas ya identificaban algunos rumores de cambio en el acceso y pagos. En este sentido se habla acerca del “euro por receta” y de la subida en el coste de los medicamentos.

M: Hemos oído en la tele que tiene que pagar para hacer una receta 1 euro me parece, no, o como. Pero no, no se no, como no he ido nunca. Como no. Desde que se cambiaron la...

E.: ¿Eso, eso lo viste en la tele, no?

M: Si, si en la tele

E.: ¿Hace cuánto?

M: Pues, a principios del año me parece.

RU+3POSTM7GRTSI

Algunas personas comentan también tener alguna dificultad en este periodo en los trámites de obtención del permiso de residencia, y ello ha conllevado, según las personas entrevistadas que relatan esta experiencia, a no poder obtener la TSI y por lo tanto no poder acceder a los servicios sanitarios.

Traductor: (HABLA EN ARABE CON A) En el 2012

E.: ¿Pero... comienzos, finales del año, mediados?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON A). Abril

Traductor: (HABLA EN ARABE CON A).Me está contando sobre un caso de una mujer que vive con él, que dice que por tema de tarjeta, de permiso de residencia, ella, a, tuvo el permiso de residencia durante un año pero le exigen, extranjería la ley extranjera le exige tener alta en la seguridad social durante un año entero, 12 meses. Esa mujer sólo cumplió 6 meses porque no ha podido cumplir el año. Al revés de eso cuando tuvo una renovación le han dado denegado, al tener el denegado ya no tiene, hizo recurso, metió un abogado, pero ya no tiene, desde ahí ya no tiene permiso de residencia se lo han quitado, entonces esa mujer ya no tiene ni acceso, la tarjeta sanitaria ni acceso a nada.

MA+3POSTH3ALTSI

Durante el segundo y tercer trimestres de 2012.

Durante este periodo, los comentarios o rumores que circulan son un poco más detallados o concretos. En este periodo comienza la información masiva de medios de comunicación acerca de la publicación del RDL 16/2012. Ello causa mucha confusión en la población y deriva en que en algunas ocasiones los problemas que se verbalizan son exageraciones de problemas que ya existían anteriormente. He aquí algunos ejemplos:

- Encontramos discursos en las que se afirma que algunas personas tanto migrantes como pensionistas, deberían empezar a pagar una cuota mensual por recibir asistencia sanitaria.

Traductor: Le dicho que en principio tiene que pagar 160 euros al mes. Y ahora le han quitado la ambulancia, porque antes tenía un servicio de ambulancia por la enfermedad del niño y que le llevaba al poniente, y le han quitado el servicio de ambulancia que era muy importante para ella, y más de eso le quieren, le querían quitar la tarjeta, si no que, ella está pagando ahora 160 euros al mes

E: Está pagando

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Ahora H, me ha dicho que ya no lo paga

E: Claro

Traductor: Pagaba antes pero ya no puede porque son 160 euros al mes, es mucho dinero

E: Ya te digo. ¿Cuándo le dijeron a tu esposa que tenía que pagar eso?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). En octubre de 2012.

MA+3POSTH3ALTSI

- Hay muchas locuciones que se refieren al hecho o a información relativa la retirada de atención sanitaria a personas migrantes en situación administrativa irregular:

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dice que ahora mismo ya está prontos, la gente que tiene tarjeta de sanitaria puede entrar la gente que no tiene no puede entrar en el centro... de salud

E: ¿Que explique un poco más eso?

Traductor: Que la gente, lo que hemos comentado antes, la gente que tiene acceso son los únicos, que están, tienen, están regularizados, la gente que no está regularizada no tiene el acceso

E: El que, el que le nieguen la... ¿conoce casos de que le nieguen la entrada al sistema de salud a alguien que este irregularizado?

MA+3POSTH3ALTSI

F: que...solamente se ha escuchado...que...hay una amiga que...que la conoce por aquí que no...que no la ha recibido el médico porque no tiene alta en la seguridad social; sólo se ha escuchado por ahí

MA+3POSTM4ALTSITEMP

- 226 |
- En varios casos, las personas entrevistadas comentan que, en este periodo, en la práctica no ha habido problemas, o no se menciona que haya habido afectación directa, habiendo tenido acceso a la atención sanitaria sin problema. Este discurso aparece en personas de los tres colectivos entrevistados.

F: y que ella conoce a la gente que viven por aquí si tienen todos asistencia sanitaria

E: y...¿desde cuándo ha escuchado este ru...este...rumor de este problema de los documentos?

F: cuando salió la nueva ley de que...la gente sin documentación se le van a quitar el médico, la asistencia sanitaria

E: si

F: cuando ella se ha escuchado todo esos rumores de la gente; pero ella...dice que ella sí... no tiene documentación pero si sigue yendo al médico pero que recibe la atención sanitaria

E: aja

F: y que...eso es...lo que está escuchando de los rumores de la gente

E: aja, y ¿desde cuándo comenzaron estos rumores?

F: del verano pasado

MA+3POSTM4ALTSITEMP

E:Aja. No sé si estás informada M, de que habido un, el año pasado, hubo un, una legislación específica, que modifica algunas cosas del sistema de salud, no sé si estabas enterada de ello, que desde el año pasado entro en vigor una nueva legislación que cambia ciertas cosas de la salud. ¿Sabías algo al respecto?

M: No

BO+3POSTM4SETSI

E: ¿cuándo fué la última vez que fuiste?

Andrea: eh, en verano; creo que hace cuatro meses más o menos, unos cuatro meses.

E: y ¿cómo sentiste, cómo sentiste un poco todo eso de lo que hablamos: notaste un cambio específico ya fuera en el trato, fuera en el tipo de tratamiento médico ya no en el trato personal, fuera en los tiempos de espera...en cualquier cosa que hayas notado algo que tu digas pues esto no lo había visto antes?

Ru+3PostM9GrTSI

A: no, todo me ha parecido normal; el tiempo de espera... no ha sido...ehh...las últimas veces no ha sido tan largo como anteriormente

- De hecho se afirma que no ha habido problema tampoco con la TSI temporal.

E: Nada de nada. ¿Y conoces personas a las que les hayan puesto algún problema en el sistema sanitario?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON MARCO)

E: No, ¿no?

Traductor: Dice que aquí en la zona como él es comerciante conoce a la gente que todos tienen la misma tarjeta que él, no hay ningún problema

E: Y con la temporal ¿no?

Traductor: Con la temporal

MA+3POSTH7ALTSI

E: Pero normal ¿no?, me han atendido normal porque yo llevo ya, si ya un año que estoy, si exactamente un año que estoy, desempleada, y el rumor no, que se corría y además por las noticias y el rumor que se corre, esto de que, de que el que no esté aportando a la seguridad social no se va a ser atendido, pero sí, me han atendido muy bien,

BO+3POSTM8SETSI

Muchas de las verbalizaciones en estas entrevistas, ante esta cuestión, se centran en situaciones que se describen de terceras personas. No obstante, también hablan de situaciones concretas vividas en primera persona, entre estas encontramos:

- Una de las personas entrevistadas comenta un aviso de cobro, relacionado con la falta de TSI.

F: po... Digo yo unos seis meses por ahí, sí. Bueno después le mandaron por correo que tiene que pagar la consulta o que se tiene que llevar allí la tarjeta sanitaria o... algo; sino le mandan a pagar la...

E: la consulta

F: la consulta, pero ya no...no mandaron nada.

E: O sea, les mandaron la factura de cobro...

RU-3POSTM7GRTSIPAS

- Hay personas que cuentan circunstancias concretas en las que anteriormente se cubría el gasto con la tarjeta sanitaria parcial o totalmente y ahora no.

E: Aja. Muy bien. ¿De esto de los pagos, hálbame un poco más, que toca pagar ahora que antes no hubiera que pagar, por ejemplo?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON MARCO) A que, eso es importante lo que está diciendo, que el ahora con la tarjeta, que tiene la medicación, la tiene que pagar al completo.

E: Entero

Traductor: Ya no hay descuento con la medicación, con la tarjeta que tiene, no hay... eso es importante

E: ¿Desde cuándo?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON MARCO) En junio de 2012, fue a pedir una, una vendaje de la rodilla, y le pidió receta a su medica del poniente y le dijo que no, con la tarjeta que tiene no puede recetarle nada, entonces tiene que tener una tarjeta de la seguridad social utilizada por la seguridad social para poder recetarle.

MA+3POSTH7ALTSI

- Otro circunstancia concreta que se relata es una situación en la que hijos de una pareja boliviana en situación regularizada, tiene problemas de acceso porque los menores no están en situación regular. De esta forma, estos últimos tiene que acudir por urgencias. Este caso es importante porque contradice cualquier supuesto, porque incluso con el RDL en vigor; la entrada de menores en el sistema sanitario público es totalmente abierto.

E: Muy bien. Eva muy interesante la información, ¿no sé si haya algo relacionado así con esto de la salud y con todo lo que ha venido pasando casos, o cosas que conozcas que te parezca interesante comentar?

Ev: De los niños que están ya hace mucho tiempo, que no tiene, que no les han regularizado sus padres, conozco a dos familias que tienen ambas dos niños

E: ¿Nacidos en España?

Ev: No, que los han traído de Bolivia pero igual hace, hará unos 8 o 9 años que están aquí, pero sus padres, bueno por motivos, diferentes motivos no lo han regularizado no

E: ¿A los niños o a los padres?

Ev: A los niños, los niños. Ellos están regularizados, los padres

E: ¿Pero los niños no?

Ev: No. Entonces eso por ejemplo, no pueden, tener la tarjeta sanitaria, eso, también dicen que es a través de urgencias que tienen que ser atendidos

E: ¿Conoces muchos casos más de gente que haya ido al centro de salud y le hayan dicho que tiene que ir a urgencias?

Ev: Solo estos niños porque dicen que hay una normativa, no la conozco, y que tiene que hacerlo así a través

E: ¿Son mayores de edad ellos, los niños?

Ev: No, tienen digo la una ya 17 el otro 16, 15 y 12

BO+3POSTM8SETSI

Por último, en este periodo comienza un fenómeno importante que es el aumento de percepción de discriminación. Este cambio de actitud o, a veces, cambio en la percepción por parte de las personas migrantes, está ocasionado, según las personas entrevistadas, por el contexto de crisis económica como por la influencia de noticias en relación con los cambios en la atención sanitaria.

A: En relación a la asistencia sanitaria lo que noto sobre todo es que en el contexto económico sobre todo en el que estamos, antes los inmigrantes eran, estaban en una situación desfavorecida, entonces había una cierta actitud más paternalista bueno vamos a protegerlos vamos a ofrecerle, vienen enfermos hechos polvo de donde vengan, y entonces había un acercamiento más, más moderado, desde, un poco desde la pena, bueno, al final se traducía en algo positivo. Se supone. Sin embargo últimamente lo que noto que como la situación desfavorecida también se ha ampliado hacia el colectivo nacional, entonces ha cambiado bruscamente esta actitud hacia el inmigrante, ya estamos suficientemente mal para que vengas estos y encima tengamos que sostenerlos a ellos, quizá eso es lo que noto de cara a la asistencia. Sin embargo o no he percibido, no puedo quejarme de que me haya pasado o que en mi círculo haya pasado algo concreto, sobre todo como soy blanca y parezco francesa, claro no es lo mismo una persona que parece de una país occidental que una que viene con la piel negra y se nota...

RU+3POSTM9GRTSI

N: y...a mí me molesto bastante ver de qué...o sea, como yo llegue antes...

E: aja

N: dan una hora para...

E: si

N: para sacar la sangre

E: si

N: entonces...y en el ambulatorio...o sea, toman otro mecanismo que es conforme vayan llegando

E: si

N: entonces yo llegue antes y...me dejaron atrás...y recogía la...la enfermera recogía la...la hoja de los otros pacientes

E: aja

N: y a mí me dejó atrás; y eso yo vine y le dije a mi hermana mira esto me ha pasado y quién es -me dijo-, o sea, para...que ella sepa también...

E: claro

N: o sea, ahí me sentí un poco...es la primera vez que sentí esa marginación...

BO+3POSTM9SETSI

No entrevistada previamente

Desde final 2012/inicio 2013

Entre finales de 2012 y mediados de 2013 se mencionan también rumores sobre la atención de personas en situación irregular; sobre pagos de medicamentos para personas mayores, sobre recortes, todo ello relacionado con miedos. Pero, en otros casos, se comenta tener seguridad de la falsedad de los rumores.

Casos concretos que se mencionan en este periodo:

Falta de atención por falta de personal y no sustitución.

E: Vale, ok. ¿Y aparte de que no hayas estado tú ahí en los servicios de salud directamente, personas conocidas, personas de tu entorno más directo que hayas visto pues alguna experiencia en los servicios de salud en estos últimos meses?

A: Bueno, un amigo, una amiga puso hace unos, unas semanas en Facebook algo como que la niña tenía fiebre, que se fue al centro de salud y que no había pediatra porque no lo habían...

E: No habían hecho la sustitución, no.

A: Si no habían cubierto la vacante o algo por el estilo.

E: Esto hace cuanto fue más o menos

A: Hace unas semanas

RU+3POSTM9GRTSI

Recortes en medicamentos concretos como la exclusión de "marca registrada" del grupo de medicamentos con descuento.

L: que...que la calidad está bien pero el único problema es que los medicamentos, ya hay mucho medicamentos que no entran en la seguridad social, que da...que no tienen descuento de la seguridad social.

E: mmm...explícame un poco mejor eso. ¿Qué medicamentos, desde cuándo, porqué o...porqué les dicen que ya no están?

L: "marca registrada" "marca registrada" que es para...

E: si para los músculos

L: para los músculos. Ella, L fue a su médico de cabecera, le ha pedido "marca registrada" para la espalda, para el dolor de espalda y le dijo que "marca registrada" ya no entra en la seguridad social. Lo que ella no sabe es cuando ya se han cortado, que ya no entran en la seguridad social.

E: no sabe desde cuándo.

L: si.

E: y...¿esto cuándo se lo dijeron?

L: en el mes de julio.

E: en julio de este año (2012) le dijeron que ya no entraba.

L: si.

E: aja. Y... ¿te han comentado eso sobre algún otro medicamento?

L: que dice que ella...solamente es el "marca registrada" lo que ha pedido a su médico de cabecera para que se lo da pero la otra...hay otra medica de cabecera que también entra consulta que ya hasta ibuprofeno ya no está recetando a la gente porque le está diciendo a la gente que hay crisis que ya no dan, que ya no hay medicación

MA+3POSTM9ALTSI

<p>Mediación de ONG y profesionales de trabajo social en casos de negación de atención.</p>	<p>E: ¿Y desde cuando conoces esta modalidad ósea desde cuando pasa esto? E: Eso es, escuchado de que es desde la, desde este, pues, desde este año, porque en Enero, si en Enero hemos tenido una reunión donde vino, diciembre finales de diciembre. En el ayuntamiento que vino el cónsul de Bolivia acá, a dar una informaciones a todos los bolivianos, y estaba la ex abogada que llevaba, daba el asesoramiento jurídico aquí en Coria. Y entonces también vino también vino una trabajadora social, no Joaquina, otra, para informar de que el servicio sanitario seguía para todos los que, los que no tenían la documentación, seguían atendiendo normalmente que no había ningún cambio, y que el que, que si que le estaban dando, la, este folio, porque había un chico que dijo yo no tengo mi residencia, y a mí no me dan tarjeta si no estoy así que, pue ahí fue que me entere que les dan el...</p> <p>E: El folio este. E: Si. Y que lo tienen que mover cada tres meses.</p> <p>E: ¿Cada tres meses y no cada un año? E: No, el dijo cada tres meses, pero, ese es el caso que supe después, otras personas me han preguntado no, y yo le digo no, que siguen normalmente atendiendo, que no hay, cualquier cosa que haya, alguna anormalidad o que no le quieran atender que nos avisen porque nosotros inmediatamente avisamos a, a la trabajadora social</p> <p style="text-align: right;">BO+3POSTM8SETSI</p>
<p>Utilización de la TSI de otra persona para resolver casos de negación de recetas con descuento.</p>	<p>Traductor: Va por la, va con la tarjeta sanitaria de su mujer con otro nombre Hr: (HABLA EN ARABE) Traductor: Dice ahora mismo el que se pone malo coge la tarjeta de su amigo pa pasar al medico.</p> <p>E: Aja, ¿y desde cuándo, se, desde cuando ha visto que suceda esto? Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dos meses. Está preguntando, está preguntado a su mujer cuándo, cuándo le pidió su vecina la tarjeta sanitaria, han pasado dos meses.</p> <p style="text-align: right;">MA+3POSTH3ALTSI</p>
<p>Aumento en problemas de acceso y discriminación percibida.</p>	<p>C: mira...en primer lugar; aunque sea una medida que la haya presentado como... para...fomentar la soste...sostenibilidad del...del sistema en general y del sistema sanitario en particular; no va a contribuir a eso por lo que hemos dicho. El tema...por el tema...uniéndolo con el tema de la discriminación porque cuanto más grupos de riesgo creen, más gastos van a necesitar...sanitarios; ahora mismo no a lo mejor ¿no?, pero dentro de diez, quince años, están personas que no recibieron la atención médica, que no estuvieron en los programas de prevención, que no recibieron...ehh...los tratamientos ¿cómo estarán de salud? Entonces si...tendrán que recibir atención...</p> <p style="text-align: right;">RU+3POSTM9GRTSI</p>

Para cerrar este bloque, se exponen también discursos en lo que se expresa que no hay percepción de cambio en la discriminación en el último periodo. Respecto a esto, encontramos locuciones en las que se comenta la presencia de prejuicios en la percepción de la discriminación, es decir, cuando una persona piensa que va a ser discriminada puede poner el foco en las actitudes que pueden ser interpretadas como tal.

A: Pues si vas a quizá, pienso yo que cualquier cambio que podía hacer intervenido era al ir al servicio de urgencias por, insistir más en si tienes, si esta regularizada tu situación, en pedirte la tarjeta sanitaria, sin embargo eso siempre ha sido así. Es decir, no puedo decir que no he notado tipo de cambio. Es más la, los prejuicios con que notros pues quizá acudamos pensando que nos pueden mirar de otra manera más que lo que realmente luego pase. Mi opinión y experiencia personal. No he notado ningún cambio en el último año vamos.

RU+3POSTM9GRTSI

En definitiva, los diferentes discursos que se han recogido en este periodo parecen mostrar barreras de acceso que ya existían anteriormente a la nueva situación que se crea por el RDL. Por tanto, hay que considerar cuáles pueden ser las consecuencias de la aplicación de la normativa, y también los posibles errores en su aplicación.

5.1.1.1 Fuentes y temáticas de información sobre los cambios

Para analizar la información relativa a nuestro tema que tienen las personas entrevistadas, es importante conocer de dónde obtiene esta información y cuál es la información que obtienen. En general, los comentarios generales hablan de que hay poca información al respecto.

En este apartado, se describe:

- En primer lugar, el lugar o la forma desde la que se obtiene la información.
- En segundo lugar, las temáticas sobre las que versa la información.
- Finalmente, se realiza una descripción más detallada de la información en función de su fuente.

Los patrones de fuentes de información ligadas a familiares y a redes informales, basadas básicamente en el boca-a-boca, parecen confirmarse también en esta 2ª fase del estudio.

Muchas de las personas entrevistadas verbalizan que la información relativa al sistema y al acceso al mismo que se obtiene es escasa, y que llega más por comentarios de personas cercanas y prensa, que por información obtenida por fuentes oficiales.

E: Aja. Okey. Y finalmente haciendo así como un resumen ¿no?, cuéntame que, como ves, como ves ahora la cuestión de la salud pública, y ¿qué crees que ha cambiado a raíz de la reforma, que crees que es lo que la reforma ha cambiado o en que ves tú los impactos de la reforma a la salud?

Traductor: (HABLA EN ÁRABE) El amigo quiere hablar

M: (HABLA EN ÁRABE)

Traductor: Vale, ¿Tu nombre? Mohamed (Marco) también, Mohamed II pa

E: Si, si

M: (HABLA EN ÁRABE)

Traductor: Dice que, Pedro, que a través de las manifestaciones, ve la tele, ve toda lo que está pasando, pero él no tiene ninguna información, que sabe, esa reforma de salud, no tiene nada de información

MA+3POSTH5ALTSI

E: ¿Y que más te han dicho aparte de que pueden quitar la tarjeta que más han dicho?

233

Traductor: (HABLA EN ARABE CON XXX) Si de aquí, que estaba escuchando solamente de, de, de la tarjeta sanitaria que estaban diciendo que la gente que no tiene permiso de residencia no tiene derecho de acceso sanitario, y la gente que no está trabajando y no está cotizando en la seguridad social le quitan la tarjeta sanitaria, eso que está escuchando de aquí

MA+3POSTH7ALTSI

Así pues la información institucional sigue siendo escasa, aunque se citan casos concretos en los que sí se ha informado desde las instituciones. Las personas bolivianas parecen seguir siendo uno de los colectivos mejor informados.

E: Eso es, escuchado de que es desde la, desde este, pues, desde este año, porque en Enero, si en Enero hemos tenido una reunión donde vino, diciembre finales de diciembre. En el ayuntamiento que vino el cónsul de Bolivia acá, a dar una informaciones a todos los bolivianos, y estaba la ex abogada que llevaba, daba el asesoramiento jurídico aquí en Coria. Y entonces también vino también vino una trabajadora social, no Joaquina, otra, para informar de que el servicio sanitario seguía para todos los que, los que no tenían la documentación, seguían atendiendo normalmente que no había ningún cambio, y que el que, que si que le estaban dando, la, este folio, porque había un chico que dijo yo no tengo mi residencia, y a mí no me dan tarjeta si no estoy así que, pue ahí fue que me entere que les dan el...

E: El folio este

E: Si. Y que lo tienen que mover cada tres meses.

E: ¿Cada tres meses y no cada un año?

E: No, el dijo cada tres meses, pero, ese es el caso que supe después, otras personas me han preguntado no, y yo le digo no, que siguen normalmente atendiendo, que no hay, cualquier cosa que haya, alguna anomalía o que no le quieran atender que nos avisen porque nosotros inmediatamente avisamos a, a la trabajadora social

BO+3POSTM8SETSI

Respecto a las fuentes de información sobre el acceso al sistema y el RDL 16/2012, se presenta una tabla que las incluye, así como el número de citas encontradas en función de la fuente de información.

Televisión (20 citas)
Prensa, radio y otros medios (12 citas)
Comentarios escuchados (41 citas)
ONG y organizaciones sociales como fuente de info (1 cita)
Información desde el sistema de salud (4 citas)

Otra cuestión es la calidad de la información que proviene de la televisión, para muchas de las personas entrevistadas en contradictoria e incluso en algunos casos, errónea. Esta falta de información clara y fiable hace que la información que circula posteriormente en el boca a boca sea así misma contradictoria o errónea.

En este sentido las personas entrevistadas verbalizan que han escuchado afirmaciones erróneas del tipo “Las personas pensionistas e inmigrantes van a pagar una cuota mensual” o que “la gente sin documentación van a pagar la sanidad”.

E: aja, aja...muy bien; ¿y que te cuentan, que te dicen más específicamente esas informaciones?

R: no, solo lo que ponían en la tele, que se le va a recortar al...a la gente...a los inmigrantes que estén...

E: aja

R: que no estén regulares

E: aja

R: pero...al final, más sale que es rumor el tema del..del...de lo que sale en la tele

BO+3POSTH8SETSI

F: Mmm, sobre que me he enterado es de los pensionistas que tienen que pagar o... no sólo los pensionistas, nosotros también, la medicina, mmm...algún...algo, ¿no?

E: Un porcentaje de la medicina.

F: Si...pero más no, no me he enterao.

E:Aja, y de...¿por dónde te enteraste de esto?

F: De la tele

E:Aja, y ¿decían algo más...que te acuerdes?

F: mmm...no.

RU-3POSTM7GRTSIPAS

E.: Claro. ¿Y crees, que se ha visto en efecto afectado el acceso de las personas inmigrantes a la salud desde la aplicación de las medidas?

A: Es que no lo sé, no tengo ningún tipo de dato, no he leído ningún tipo de informe relación a esto, entonces la verdad que no sabría decirte en qué medida se ha visto afecto, lo único que he visto es en la tele, sí, personas que ya no están, con enfermedades crónicas, algunas

con enfermedades terminales, que dejaban de estar cubiertas, y es una tragedia. Y no más allá de esto no

RU+3POSTM9GRTSI

La prensa escrita es también es una fuente informativa para las personas entrevistadas, principalmente, para las personas usuarias de Rumanía. Esta fuente parece que presenta información limitada, aunque los lectores presentan un grado más de reflexión frente a los que han obtenido información únicamente de la televisión.

El canal por el que se ha obtenido más la prensa escrita ha sido el digital frente a la prensa impresa.

E.: Vale. Mmm, ya me cuentas que tienes un poco, un poco los cambios respecto a los inmigrantes, ¿la fuentes de esta información ha sido solo prensa, prensa escrita, prensa televisiva?

A: Si, eh, en los medios digitales

RU+3POSTM9GRTSI

E.: Claro, claro, una de las cosas más que hablado sí que es eso no, las posibilidades, los riesgos pues de contagio de infecciones, de enfermedades complicadas. ¿Y esta información que tienes al respecto, cuáles han sido tus fuentes para obtenerlas de dónde has sabido que se dieron estos cambios, por qué sabes que son estos?

A: La prensa, la prensa principalmente, después, hecha algún vistazo al decreto, pero muy por encima.

RU+3POSTM9GRTSI

Un resultado muy llamativo en este periodo es que se ha ido reduciendo/ el papel de las ONG, asociaciones y otras organizaciones civiles como fuente de información. Según algunas personas entrevistadas, estas organizaciones se han ido retirando como intermediarias en la gestión del acceso de las personas migrantes al sistema de salud. (Causa curiosidad que no resalten más frente a la problemática concreta).

No obstante, todavía encontramos que, para las personas de la comunidad boliviana, sus asociaciones de referencia son una fuente importante de información.

E: ¿y este tipo de información, sí, sobre estas restricciones, ¿la has tenido solamente de personas conocidas o hay algún otro medio de...que te haya dado esa información?

W: gente de asociaciones, personas de asociación, de...de ciertos lugares, de ciertos sectores de barrios y todo eso; representantes casi...realmente

E: son los que te han informado sobre...

W: sí, sí, sí; porque yo estoy al tanto de estas cositas ¿no? un poquito

BO+3POSTH9SETSI

Tal y como hemos comentado al principio del apartado, en primer lugar, hemos relatado el lugar o la fuente desde donde se adquiere la información. A continuación,

vamos a describir cuáles son las temáticas principales de información que se obtiene, así como el sentido en el que se expresan. Los temas principales son la atención y los pagos.

- **Sobre la negación de la atención:** En este sentido algunas personas entrevistadas relatan que reciben información acerca de situaciones o circunstancias particulares en las ha ocurrido alguna negación de atención, como pueden ser no estar dado de alta en la seguridad social, no tener permiso de residencia y/o no trabajar; o estar en situación irregular.

Á: Si. Yo no estoy seguro, pero él me ha dicho esto que su mujer está enferma y no podía ir al centro de salud hasta que tenía alta, que está trabajando

E: ¿Y ella tiene, sabes si tiene tarjeta sanitaria, ella o no?

Á: Si ella tiene, ella lleva mucho tiempo aquí 10 años

E: ¿Y esta legal, esta?

Á: Esta legal, todo está bien

E: ¿Y tiene su tarjeta sanitaria pero no la atienden?

Á: Si, porque ella no está trabajando entonces no tiene alta por eso

MA+3POSTH4ALTSITEMP

- **Sobre los pagos** hay discursos que hablan sobre que habrá enfermedades o necesidades médicas, en las que habrá que pagar por la atención. En cuanto a los medicamentos, se relata la suposición de que va a haber algún cambio frente al precio de los medicamentos en relación con los ingresos de salario y la pérdida de parte del descuento sobre medicamentos, (incluso para españoles) desde aproximadamente abril de 2012. A este respecto, se habla también que las personas mayores tendrán que pagar más que antes por sus medicamentos. Por otro lado, hay personas que comentan haber escuchado que las personas en situación irregular tendrán que pagar 2 euros por acudir al Centro de Salud CS y que tal vez la población en general tendrá que empezar a pagar por los servicios.

E: o.k, o.k, muy bien. A ver...más cosas; esto que nos contabas Fina sobre lo...pues lo que has escuchado sobre la nueva ley, ¿de dónde lo has escuchado: solamente de personas conocidas o no sé si de pronto de la radio, de la tele o algo así o...de dónde viene esa información?

F: ehhh...en la tele lo han dicho...en la tele han dicho la gente que sin documentación van a pagar la sanidad

MA+3POSTM4ALTSITEMP

E: tienes algún conocimiento Andrea o has escuchado de pronto en la tele o de personas conocidas sobre...sobre los cambios, sobre el decreto

(INTERRUPCIÓN DE UN HOMBRE, HABLA EN IDIOMA DIFERENTE AL ESPAÑOL
0:04:51 – 0:05:02)

A: ehh...la tele...no.

E: alguna información sobre el sistema de salud que hayas dicho...

A: bueno, sobre...algo...si algo me suena, no se que es pero...el precio?, el...no se si tiene algo que ver con las farmacias. El precio de las medicinas ha subido y ellos tienen un historial ¿no? Al introducir los datos del...del paciente al ordenador ven el historial y...y...supongo que esto es...eso sería una mejora y en función de los ingresos de cada uno, un precio u otro.

RU+3POSTM9GRTSI

A continuación, hacemos una descripción más detallada de la información en relación a su fuente.

Quando la información se obtiene desde el sistema de salud

Así como se ha comentado antes, el comentario general es que se obtiene poca información por parte de los y las profesionales. No obstante, alguna persona entrevistada observa en este sentido que la información sería más completa si fueran los/as propios/as profesionales quienes dieran, en lugar de tener que buscar cada persona por su cuenta.

A: Exactamente. Que no nosotros tengamos que buscar la información sino que nos llegue, no sé porque vía pero que se nos facilite, quizá en el mismo médico, en los centros de salud, en los medios de comunicación o una campaña específica no lo sé, pero quizá tampoco le interesaba que se notase tanto, entonces si la información no es la suficiente, y tampoco, te, no sé, si se, relacionarla con el cambio político que ha sufrido España con la crisis económica con todo un poco, pero creo que está ahí en ese punto no.

E: Muy bien. ¿Esta información que me dices la poca que tienes o que tengas, me has mencionado ya los medios de comunicación que otras fuentes has tenido para esta información acerca de los cambios en salud?

A: En ninguna

RU+3POSTM9GRTSI

En el caso de que alguien haya tenido información por parte de profesionales, esta información suele estar más clara cuando viene de alguna persona trabajadora del sistema.

E: Muy bien

E: Pero normal ¿no?, me han atendido normal porque yo llevo ya, si ya un año que estoy, si exactamente un año que estoy, desempleada, y el rumor no, que se corría y además por las noticias y el rumor que se corre, esto de que, de que el que no esté aportando a la seguridad social no se va a ser atendido, pero sí, me han atendido muy bien, porque, además de que digo yo, la tenemos ahí a, nuestra amiga la trabajadora social

(...)

E: Eso es, escuchado de que es desde la, desde este, pues, desde este año, porque en Enero, si en Enero hemos tenido una reunión donde vino, diciembre finales de diciembre. En el ayuntamiento que vino el cónsul de Bolivia acá, a dar una información a todos los bolivianos, y estaba la ex abogada que llevaba, daba el asesoramiento jurídico aquí en Coria. Y entonces

también vino también vino una trabajadora social, no Joaquina, otra, para informar de que el servicio sanitario seguía para todos los que, los que no tenían la documentación, seguían atendiendo normalmente que no había ningún cambio, y que el que, que si que le estaban dando, la, este folio, porque había un chico que dijo yo no tengo mi residencia, y a mí no me dan tarjeta si no estoy así que, pue ahí fue que me entere que les dan el...

BO+3POSTM8SETSI

Cuando la información es obtenida de primera mano o experiencia directa

La percepción directa o la generación de información a partir de la experiencia es una fuente muy importante a tener en cuenta. Según la percepción directa se extraen interesantes circunstancias concretas que reflejan la aplicación de los cambios del RDL y la continuación de problemas antes vistos. También aparecen comentarios sobre ciertas mejoras en el funcionamiento de algunos servicios.

Desde esta percepción directa se habla de los siguientes temas y situaciones:

- **Mejoras en el funcionamiento del sistema.** A veces esta mejora percibida viene con el cambio en la situación administrativo-laboral, es decir, con la cotización a la seguridad social. En este sentido, lo que se comenta es que con la cotización mejora la atención.

E: Muy bien, ¿Y qué te cuentan, a parte del caso de tu nieto que me dices que ha mejorado, que te cuentan el resto, pues tus amistades, lo que me dices?

C: Si mis amistades me cuentan que, que será la verdad como dicen a lo que, porque ya vemos poca gente, pues hay mejor atención, y además casi la mayoría ya estamos cotizando y, hay personas que van así sin documentos, lo reciben no más bien que esta liada como antes

BO+3POSTM4SETSI

- También se habla de **mejoras en los tiempos de espera y de los trámites para solicitar la cita.** Estas mejoras se relacionan con un caso particular en el que se habla de la diferencia en la atención médica en función de la persona que te esté atendiendo.

J: que...lo...lo cree que es mejor porque...a...antes había trabajado aquí una que se llama Eva, que entró en el centro de salud de San Agustín, que trataba mal a los usuarios marroquíes inmigrantes

E: aja

J: que era lo que justamente me estaba comentando. Y por eso. Desde que no está esa muchacha, esta otra, el trato es mejor y...el acceso al cen...a las citas ehh...de un día es mejor también, el acceso es rápido

E: me estás diciendo J que...ahora...las citas te las dan más rápido para un día y no para cinco días ¿no?

J: sí, sí

E: ¿qué otras cosas han mejorado o...qué otras cosas, a parte de las citas más cerca, crees que ha mejorado?

J: vale, que...que..de...de momento (interrupción 0:09:01 – 0:09:06) que..que de momento ella cree que todo está bien: que...las...citas se las dan a su tiempo, entra a su médico, coje su medicación por la enfermedad y que bien...todo bien me está comentando J

MA+3POSTM3ALTSI

E: aja, o.k., muy bien, eso frente a las mejoras del...del sistema. Ya me has dicho que te han tratado bien, ¿cómo ha sido...ya me dijiste que te han tratado bien; cómo ves que este la parte médica?, la parte técnica de identificar un problema y solucionarlo. Cuando has ido con un problema ¿te lo han solucionado o no?

A: Que si, que mejor; que entró al médico y le...le pregunto que qué le duele, le ha dicho que el estómago y le ha dado su pastilla y que bien. (habla Ali en Español) Hay gente buena y hay gente normal, ehh...si

239

E: que...dices que depende un poco del profesional, que...

A: si, según con quién te encuentras. Te puedes encontrar con profesionales que son buena gente, te puedes encontrar profesionales de un carácter que ta'mal...

E: claro, muy bien. Mmm...frente a esto, al trato y la relación, ¿cómo...cómo has percibido la evolución o el...el proceso de lo que es la discriminación: sientes que hay más discriminación ahora o menos...cómo has percibido eso este año, que experiencias tienes?

A: Dice que él al centro de salud no va mucho pero...bueno, según que fue una vez, lo han atendido bien, que hay gente buena. Ehh, dice según...ya te lo ha...como ya te lo ha dicho antes, que hay gente bueno y gente mala, es depende de cada profesional; y lo que dijo que él...como se fue con su mujer varias veces al hospital de poniente, hay buen trato con las mujeres

E: y, ¿con los hombres no?...o ¿cuál es la diferencia entre el trato a hombres y a mujeres, o cómo lo percibes tú?

A: que...es según el trato, que ya lo ha dicho antes, es según a cada persona...del trato, de... hay gente buena y hay gente mala

MA+3POSTH7ALTSITEMP

– Sin embargo, también encontramos discursos que relatan **empeoramiento del sistema**, por demora en la consulta o la restricción en el acceso a los medicamentos.

E: aja, vale. Eso tiene que ver con lo del alta. Y lo que me dices del trato, que traten mejor a la gente, ¿lo dices porque...consideras que ahora se trata peor a la gente que antes o que siempre se ha tratado mal a la gente o...

J: que...que él...que antes estaba mejor trato porque antes te vas al médico y no espera ni dos horas y ahora tarda más tiempo...Pero me estaba comentando del problema, el problema que ha tenido de vacunas

TSI

MA+3POSTH3ALTSI

W: si...eso sí; claro, allí hay trabajo...si

E: muy bien. A partir pue...de esto que me has contado, de los cambios de...los cambios que...que percibes y todo esto, de estos últimos tiempos; ¿ha cambiado de alguna manera la valoración que tú le das al sistema de salud?, o ¿cuál es la valoración que le das ahora, digamos?

W: si ha cambiado, si ha cambiado...aja

E: ¿en qué sentido?

W: en el sentido de que...de que...uno, el uso de medicamentos está un poco más restringido

E: aja

W: si, sí; puede que una situación necesites un tipo de medicación específico y no lo dan

E: aja

W: solo dan ibuprofeno y paracetamol...

BO+3POSTH9SETSI

- Por último, es importante señalar que, en general, hay muchas verbalizaciones que comentan que a pesar de tener la TSI en pasivo o no tenerla, la atención ha seguido siendo normal, incluso en la dispensación de recetas o medicamentos. Por ejemplo, varias personas bolivianas, afirman que a pesar de los rumores y de llevar un año si cotizar en la seguridad social, no tuvieron ningún problema para ser atendidas.

Pero normal ¿no?, me han atendido normal porque yo llevo ya, si ya un año que estoy, si exactamente un año que estoy, desempleada, y el rumor no, que se corría y además por las noticias y el rumor que se corre, esto de que, de que el que no esté aportando a la seguridad social no se va a ser atendido, pero sí, me han atendido muy bien, porque, además de que digo yo, la tenemos ahí a, nuestra amiga la trabajadora social

BO+3POSTM8SETSI

E: no estas cotizando ¿no?

ES: o sea no necesita...mi tarjeta no necesita cotización, entonces por eso no me he esmerado por...en cotizar

E: ¿y te han puesto algún problema por eso, que alguien te haya dicho – desde que tienes la tarjeta sanitaria, antes ya me habías dicho que pasaba – pero, desde que tienes la tarjeta sanitaria; alguien te hapujesto algún problema o así porque no estés cotizando?

ES: no, no, nada

E: ni los administrativos, ni las enfermeras, ni nada

EST: no...no...no

BO+3POSTM8SETSI

- En la **información que se obtiene acerca de medicamentos** es que hay cambios tanto en la dispensación como en la financiación. En cuanto a la dispensación se habla de un aumento considerable de la receta del paracetamol y el ibuprofeno.

C: Si, digo eso, digo eso, porque, por mi hijo, que estaba con una fiebre, con una fiebre, estubo mi hijo le ha dado escalofrió y eso, y una toz, de la garganta y eso, le han colocado una ampolla,

le han dado pastillas. Pues como yo estoy con los naturales pues yo le he ayudado rápido, le ayudado más rápido.

E: Claro, claro

C: Si mi nuera igual, ha ido, ha ido de la, siempre le pasa el problema de la, del lumbago, del lumbago siempre le pasa y sin problema. Va le atienden, si, le colocan algunas ampollas, le dan las pastillas, si ibuprofeno paracetamol le dan

E: Claro, ibuprofeno y paracetamol

C: Si eso

BO+3POSTM4SETSI

- En cuanto a los **cambios en la financiación de medicamentos** se atribuyen a causas económicas (entendido como ajustes económicos), pero también a otras causas como el cambio de gobierno.

E:Y esto de los medicamentos que dices que ha cambiado ¿sabes por qué ha cambiado, o desde cuándo?

C: Pues eso desde que ha entrado Rajoy, de que habido cambio de gobierno, desde ahí es que está empezando de que tengan que comprarse medicamentos, porque yo tengo una amiga que ella es muy enferma muy enferma ella de todo, es del corazón, dice, según que me comentaba el otro día que toma casi 30 pastillas al día, y ella dice que, ella dice que hay unos, unas medicamentos especiales que le dan que ella se lo compra, se lo compra y le cuesta doscientos no se cuanto

E: ¡200 euros!

C: Ella, sí, ella dice que gasta eso mensual

E: ¿Y desde cuando le pasa esto?

C: Esto desde que ha ido, desde que ha ido empeorando su enfermedad. Esto ha sido reciente es casi es un año, así que, que esto está pasando

E: ¿Y antes tenía los mismo medicamentos pero los pagaba más baratos, se los daban o cómo era?

C: Si le daban más menos, le daban más menos, creo que le daban menos, la mitad, y la otra mitad tenía que comprárselo ella, pero ahora tiene que comprárselo todo

BO+3POSTM4SETSI

- También se verbalizan otro tipo de incidencias en relación a la percepción de los/as usuarios/as, como **el miedo** de las personas mayores a tener que pagar más por los medicamentos y retrasos en las valoraciones de la dependencia y desconocimiento de nuevos cobros de la población en general.

C: Bueno pues...eso si es lo que...lo que veo y luego pues...lo que te puedo contar por otro lado porque tengo contacto con personas mayores porque... pues bueno a través de mi trabajo, uno de los aspectos es la intervención con personas mayores; es verdad que...no tengo un contacto semanal como antes, pero si como mínimo ...más o menos mensual o... puntual...Y si te puedo decir que con el tema de los medicamentos, que tienen que pagar una parte pues...si veo que están estresados, que están preocupados

E: aja, ¿ves ya efectos de...de esa normativa, es decir, mmm haber...conoces casos en los que ya hayan tenido que hacer un...algún pago de este estilo o es una preocupación previa a?

C: es una preocupación previa a, porque yo ya no lo hable...mmm...eso fue...hace unos cuantos meses ¿no?

E: aja

C: cuando estuvimos reunidos y...y me decían que hay que ver ; no solamente la preocupación sino la decepción ¿no? Es decir, hay que ver...hasta cosas básicas ¿no? que deberían cubrirnoslo... nos lo hacen cobrar cuando hay cosas que se podrían mejorar.

E: ¿y esto en personas mayores aquí españolas? o...

C: sí...no. Personas mayores españolas.

RU+3POSTM9GRTSI

Opiniones/percepciones sobre los cambios que conoce.

Una vez analizada la información con la que cuentan las personas entrevistadas, vamos a analizar cuál es su opinión acerca de los mismos. Una parte de las personas entrevistadas considera que no hay cambios significativos desde que se les hizo la última entrevista o en el caso de las personas que no fueron entrevistadas previamente, desde la publicación del RDL o la aplicación de recortes económicos.

No obtente, encontramos verbalizaciones en las que sí se afirma sufrir algún tipo de afectación por los cambios. A continuación, se enumeran también opiniones positivas acerca de los cambios.

Para finalizar se habla de dos consecuencias que se derivan de estos cambios, por un lado la visión negativa sobre la atención sanitaria y por último su influencia en la salud de las personas.

Percepción general de no-cambio (21 citas)

Hay comentarios de personas en los tres colectivos que comentan no percibir cambios de primera mano. Algunos de los comentarios sobre la existencia de problemas de acceso hablan de problemas que ya habían sido identificados anteriormente. Según los discursos, la percepción general de no-cambio podría ser la percepción mayoritaria más fuertemente sustentada.

E: o.k. Ahora un poco, para centrar esta información que me das en lo que es tu ámbito; entonces, ¿cómo ha ido ese devenir o esos cambios que hayas podido tener en tu entorno, en tu situación laboral, administrativa, en tu entorno socioeconómico en...en este último año; pues desde la entrevista pasada y sobre todo desde....que han comenzado los...las modificaciones estas de salud?

C: pues a mí, tanto aspectos administrativos como el tema laboral es exactamente igual, igual; o sea, no hay cambios, no ha habido cambios de ningún tipo

RU+3POSTM9GRTSI

No se ve afectado (5 citas)

Algunas de las personas entrevistadas afirman conocer la existencia de cambios (o noticias de su existencia) pero consideran que no les afecta de modo alguno. Cabe destacar que todas las personas entrevistadas de la población marroquí sí se sienten afectada, es decir, no encontramos, en este caso, ninguna verbalización de no afectación.

A: Pues si vas a quizá, pienso yo que cualquier cambio que podía hacer intervenido era al ir al servicio de urgencias por, insistir más en si tienes, si esta regularizada tu situación, en pedirte la tarjeta sanitaria, sin embargo eso siempre ha sido así. Es decir, no, puedo decir que no he notado tipo de cambio. Es más la, los prejuicios con que notros pues quizá acudamos pensando que nos pueden mirar de otra manera más que lo que realmente luego pase. Mi opinión y experiencia personal. No he notado ningún cambio en el último año vamos.

243

RU+3POSTM9GRTSI

Percepción de cambios positivos (19 citas)

Entre los discursos de las personas entrevistadas, también hay comentarios acerca de cambios positivos que se están dando. Entre estos comentarios hay algunos que tienen que ver con la mejora en el precio de los medicamentos, mejoras en los tiempos de espera y mejoras en la atención recibida.

E: y ¿cómo sentiste, cómo sentiste un poco todo eso de lo que hablamos: notaste un cambio específico ya fuera en el trato, fuera en el tipo de tratamiento médico ya no en el trato personal, fuera en los tiempos de espera...en cualquier cosa que hayas notado algo que tu digas pues esto no lo había visto antes?

A: no, todo me ha parecido normal; el tiempo de espera... no ha sido...ehh...las últimas veces no ha sido tan largo como anteriormente

E: ¿te parece que ha mejorado?

A: sí, sí, sí...no...Apenas. O sea lo justo, o sea ya no tardan tanto con ehh...con la gente no había ehh...las típicas colas y en diez minutos máximo ya estaba fuera. Bueno, eso no sé si se ve bien o mal pero se...notó que siguen metiendo prisa y lo miran por encima y si...se lo puedo...se pueden remitir a un...a un especialista que es lo suyo en mi caso, acudí para que me diera cita por el ginecólogo y...así fue. Tardaron un mes, eso ya...eso veo que es lo normal, digamos; no me parece normal que tarden un mes pero...

E: dentro del...

A: sí, aja.

E: y este cambio en los tiempos de espera del que me hablas, esta reducción más o menos en los tiempos de espera un poco, ¿desde cuándo la comenzaste a notar?

A: pues desde las últimas dos veces que fui, entonces el último año creo.

E: bien, y lo valoras positivamente o lo valoras...

A: sí, positivamente. Porque se nota que no hay...ehhh...por los menos las dos veces no se si ha sido una casualidad pero no había mucha gente mayor como...antes; antes que estaban haciendo cola siempre y...creo que por cosas superficiales, ahora bien.

RU+3POSTM9GRTSI

Hay que destacar que algunas de las mejoras están relacionadas tanto con el cambio de situación administrativa de las propias personas entrevistadas, como estar dado de alta en la seguridad social, como con el contexto, en el que hay menos migración. De este aspecto se hablará más adelante en el apartado de factores relacionados con la situación de las personas entrevistadas.

En la mejora de la atención también se comenta el cambio de una persona que estaba en un puesto administrativo y la cambian, como ya se ha comentado anteriormente.

Una vez visto si las personas perciben o no cambios, y de qué manera son percibidos, hemos analizado la consecuencia que en opinión de las personas entrevistadas tienen estos cambios.

Percepción negativa derivada de los cambios en la atención y acceso tras la aplicación del RDL 16/2012 (34 citas)

Hay bastantes comentarios de percepción negativa sobre la atención sanitaria. No obstante, no está claro si estos comentarios tienen una relación directa con los cambios o sin embargo, pueden derivarse de lo escuchado más que de lo vivido. Aunque no tenemos la seguridad de que estas percepciones realmente se relacionen con los cambios recientes o no, sí encontramos verbalizaciones que afirman haber vivido situaciones en las que se observa, por ejemplo, reducción de profesionales en un centro hospitalario. Este aspecto en concreto se abordará de nuevo más adelante.

E.: Vale, ajá. Esto que me hablas, me parece interesante la parte de los recortes de personal, ¿cómo lo has notado, en que lo has notado, o donde te parece más palpable, desde hace cuánto?

A: Yo he tenido recientemente, en estas últimas dos semanas, yo si he visto en, un centro, en un hospital, no ha sido, en los últimos 6 meses no he frecuentado tanto no, pero, es muy dicente, es que se nota, faltan enfermeros por planta, hay una reducción bastante grande de personal, y eso los mismos pacientes se quejan

RU+3POSTM9GRTSI

De ello podemos decir que hay percepciones directamente ligadas con los cambios o noticias al respecto, otras están difusas, pareciendo problemas 'viejos' adaptados y exagerados por la situación actual, como pueden ser las demoras, por ejemplo.

Consideran que los cambios traen peor estado de salud (7 citas)

Encontramos pocos comentarios acerca de la consideración de que los cambios o ajustes en el sistema sanitario se deriven en un peor estado de salud de la población, no obstante, es importante destacarlo. Los comentarios relativos a efectos en el estado de salud directamente relacionados con los cambios, solo se encuentran dentro del colectivo de personas rumanas y además, todas ellas mujeres y con título universitario de posgrado.

Estas mujeres valoran que los grupos que viven en situaciones de vulnerabilidad son quienes pueden verse más afectadas por situaciones como cambios en la dispensación de recetas o demoras en los diagnósticos. También comentan lo que puede afectar tanto a usuarios como al sistema la no atención a las personas migrantes en situación irregular, sobre todo a quienes padecen enfermedades crónicas y/o infecciosas.

Por último, se comenta que estos cambios junto a factores económicos reducirán el estado general de salud y modificarán el papel de los servicios en un futuro.

E: muy bien; y ya que entramos así en...en el asunto de las reformas y todo esto, ¿qué sabes al respecto de...cuál es la información concreta que manejas o por dónde crees que va el asunto?

C: muy poquito, lo que si entiendo que hay que...la poca información que tengo es sobre todo de las noticias ; no me he puesto a leer; no me he puesto a entrar y ver por mis propias...ehh... no sé...por dedicarle yo tiempo para ver cuál es la ley, exactamente cuál es el cambio...Está claro, yo lo entiendo de lo que veo de las noticias, de lo que puedo leer en los periódicos, ehh...el... la idea es de...de recortar...gastos, en gastos sanitarios, recortar por todos los...donde se puede. No ehh...en Andalucía en concreto el copago no...no...no existe de momento hasta que yo sepa, pero en otras comunidades autónomas sí. Y... si el tema de... las recetas, de pagar... pagar las medicinas; y luego a un...un tema que me ha parecido escandaloso, completamente escandaloso... que dejen de...de proporcionar...ehh...atención médica, atención sanitaria a personas que...o que no estén trabajando o...los inmigrantes, eso me parece escandaloso. Leí en el periódico que en Andalucía no van a ...no van a llegar a este...a este punto; pero en otras comunidades autónomas...no, me parece que es vergonzoso, no es la dirección en la que...en lo que tendría que ir este país desde mi punto de vista. Porque es...es lo más fácil y además no es solamente por ética, por cuestión de... derechos humanos sino...pensando en un futuro; porque realmente si proporcionas la atención sanitaria evitas un gasto sanitario mayor; porque si esa personas al final acaba con una enfermedad crónica... ¿qué haces...no la vas a tratar; la vas a dejar morir en la calle? Eso no puede ser...eso no lo van a hacer tampoco, entonces... es...es una...es...es como no hay previsión de futuro. Lo mismo como por ejemplo con la ley de dependencia ¿no? o promoción de la autonomía, que también a través del contacto con las personas mayores te puedo contar que...que hay muchísimo estrés con eso; entre los cuidadores y entre...y entre toda...toda la comunidad, el sector de población mayor; están muy preocupados, y es, exactamente lo mismo, es no tener previsión para el futuro.

E: claro

C: que si una persona recibe atención cuando tiene problemas de salud o problemas...de... problemas funcionales...y esta al principio, es mejor proporcionar este apoyo ahora...

E: claro

C: que nos va a costar menos; que tener que proporcionar una plaza en...eh...una cama hospitalaria, una plaza en una residencia de mayores, etcétera, etcétera. Y es lo mismo con la salud, si tratas problemas puntuales y...y permites que la gente reciba tratamientos en el inicio de un...de una enfermedad o incluso por problemas puntuales...

E: aja

C: evitas otros problemas

E: claro

C: yo creo que...que...que...que no hay una...una planificación con una... una visión de futuro, desde mi punto de vista.

RU+3POSTM9GRTSI

E: mmm...o.k. Y así en general, en general Fina, ¿cómo sientes tú que está...que estás tú y que está la cosa...con respecto al año pasado: está mejor, está peor, está igual...cómo lo sientes?

F: bueno, de...de...de...la última vez que la visito hasta ahora no ha trabajado, desde el dos mil once

E: aja

F: y que cada vez va a peor. Antes..a...antes decía Fina que si trabajaba un poco; pero bueno trabajaba para tener alimentos y todo eso, pero del dos mil once pa´ bajo ya se está...poniendo mal la cosa. Lleva sin trabajar mucho tiempo

E: mal...solamente en términos de trabajo o...o...o en otros ámbitos también?

F: para...para...el trabajo y por tema de documentación, que le han denegado la documentación

E: aja; y...esto de la documentación ¿en qué te ha afectado más, no ha tenido ningún impacto en ...en lo de la salud, por ejemplo?

F: vale que...ha tenido un problema de salud por el tema de documentación, como le han denegado la documentación, ha tenido problema de salud que...ha tenido nervios, ehh... alteración, hipertensión y...eso

E: aja, y...¿has acudido al médico para esos problemas?

F: si

MA+3POSTM4ALTSITEMP

En otros colectivos, la afectación de la salud se relaciona más con los cambios en la propia situación personal o la crisis en general. Más adelante, en el apartado sobre la situación de las personas migrantes, se comenta, por ejemplo, la intranquilidad derivada de la falta de trabajo, y por lo tanto, de recursos económicos, como un factor fundamental que se relaciona con el acceso a la atención sanitaria.

E:Aja. Muy bien. ¿Cuéntame Marco como notas este último año, como notas que la crisis haya afectado al tema de salud, sientes que haya alguna relación entre la crisis y la atención en salud, o sientes que la atención en salud está igual a pesar de la crisis, o...como lo ves?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON MARCO) Me está diciendo Marco que por el tema de la crisis ya se cambió muchas cosas ahora, que hay que pagar las medicaciones, muchas cosas hay que pagar, y que se está notando cambios

MA+3POSTH7ALTSI

5.1.1.2 Percepciones de cambio en la entrada al sistema

En cuanto a la entrada al sistema, algunos resultados generales son:

- El acceso al sistema se vincula a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). En el momento de hacerles la entrevista, 4 personas tenían la TSI Temporal, 1 tenía la TSI en pasivo y el resto disponían de TSI.

- Por ello, la mayoría de los problemas de acceso al sistema comentados por las personas entrevistadas se refieren a terceras personas y son “problemas que se acaban arreglando”.
- Cabe destacar en este apartado de entrada al sistema, que aunque el RDL 16/ 2012 dejaba exentos a menores de cualquier restricción, se ha verbalizado también al menos un caso de no atención a menores.

A continuación, se muestran los resultados acerca de la percepción de cambio en los diferentes momentos y circunstancias que se dan en la entrada al sistema: en la tramitación de la documentación para la obtención de la TSI, en el momento de información en la entrada al sistema, y en las diferentes circunstancias de posesión de la TSI: la no posesión, la obtención reciente o la TSI en pasivo.

247

Percepción de cambio: trámites y documentos para obtención de TSI

Hay personas que consideran que no hay cambios en los trámites para la obtención de la TSI, considerando además que dicho trámite no tiene dificultad.

R: si

E: y...en comparación con las veces anteriores que hubieras asistido por cualquier cosa, ¿cómo viste la atención, viste que era...o...?

R: normal

E: ¿normal, no te has puesto ningún problema, no...?

R: ninguna pega de nada

E: aja, muy bien. Mmm...no sé si...esto con tu tarjeta de salud, con todo...el proceso tranquilo ¿no? No sé si conozcas...

R: no, lo único que preguntan es si estás trabajando y nada más

BO+3POSTH8SETSI

Lo que sí se menciona, en algunos casos, que ha cambiado es la modalidad de tarjeta temporal: mientras que antes tenía una duración de un año, ahora parece que es válida solo para tres meses.

E: Un folio, si

Ev: Si un folio, que se lo dan por tres meses me parece

E: ¿Y desde cuando conoces esta modalidad o sea desde cuando pasa esto?

Ev: Eso es, escuchado de que es desde la, desde este, pues, desde este año, porque en Enero, si en Enero hemos tenido una reunión donde vino, diciembre finales de diciembre. En el ayuntamiento que vino el cónsul de Bolivia acá, a dar una informaciones a todos los bolivianos, y estaba la ex abogada que llevaba, daba el asesoramiento jurídico aquí en Coria. Y entonces también vino también vino una trabajadora social, no Joaquina, otra, para informar de que el servicio sanitario seguía para todos los que, los que no tenían la documentación, seguían atendiendo normalmente que no había ningún cambio, y que el que, que si que le estaban

dando, la, este folio, porque había un chico que dijo yo no tengo mi residencia, y a mí no me dan tarjeta si no estoy así que, pue ahí fue que me entere que les dan el...

E: El folio este

Ev: Si. Y que lo tienen que mover cada tres meses.

E: ¿Cada tres meses y no cada un año?

Ev: No, él dijo cada tres meses, pero, ese es el caso que supe después, otras personas me han preguntado no, y yo le digo no, que siguen normalmente atendiendo, que no hay, cualquier cosa que haya, alguna anomalía o que no le quieran atender que nos avisen porque nosotros inmediatamente avisamos a, a la trabajadora social.

BO+3POSTM8SETSI

Percepción de cambio sobre información de entrada al sistema

Entre algunas de las personas entrevistadas parece existir confusión en cuanto a la entrada al sistema. Antes la tarjeta se consideraba garante de dicha entrada. En esta segunda fase esa información no está tan clara, porque aun teniendo la tarjeta, las personas entrevistadas creen que puede ocurrir que se les deniegue la entrada al sistema por alguna otra circunstancia, como puede ser el no estar cotizando.

F: Si, tengo... la tengo.

E: y la tarjeta de Salud ¿tienes?

F: Si, pero ya no vale.

E: ¿Por qué?

F: Porque si no tengo o no estoy asegurada no...

RU-3POSTM7GRSTIPAS

En este sentido, en algunos casos se manifiesta claramente la creencia de pérdida de acceso al sistema por no tener documentación, según lo que verbalizan algunas personas entrevistadas.

E: Aja, aja. Muy bien. Mmm ¿Como, como calificas o que valoración le das a lo que es el acceso, a los servicios de salud pública aquí, es decir, puede acceder todo el mundo, solo accede si tienes papeles, o da igual, o cómo ves el acceso, como lo valoras?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dice que ahora mismo ya está prontito, la gente que tiene tarjeta de sanitaria puede entrar la gente que no tiene no puede entrar en el centro... de salud

E: ¿Que explique un poco más eso?

Traductor: Que la gente, lo que hemos comentado antes, la gente que tiene acceso son los únicos, que están, tienen, están regularizados, la gente que no está regularizada no tiene el acceso

E: ¿Y desde cuando pasa esto?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Desde ahora mismo, dice ahora mismo se está pasando eso

E: El que, el que le nieguen la... ¿conoce casos de que le nieguen la entrada al sistema de

salud a alguien que este irregularizado?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dice su vecino de abajo tenia, su mujer que eh tenia baja en el alta de la seguridad social, y cuando fue acudir al cent, al centro de salud no la han dejado

E: No le atendieron. ¿Y Cuando fue esto? ¿Cuándo sucedió?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Hace dos meses

MA+3POSTH3ALTSI

Percepción de cambio a consecuencia de no poseer la TSI

En la primera fase de la investigación, la TSI no había aparecido como requisito para acceder al sistema ni a los servicios sanitarios. No obstante, en esta fase sí aparece algún discurso respecto a cambios en relación a la no posesión de la TSI y acceso al sistema.

Traductor: (HABLA CON M EN ÁRABE) M dice que no, está muy... que él dice, que la gente que son nueva, que han, nueva la gente que quieren de tener esa tarjeta o han tenido van hace una renovación y ya no le permiten hacer la renovación, y la gente que han venido nueva ya no le dan esa tarjeta, dicen que es por tema de reforma de la ley de salud.

MA+3POSTH5ALTSI

W: ¿no? Y que...bueno, también ¿no?, de los indocumentados...que no los han querido atender en alguna...ocasión

E: aja. ¿Has escuchado casos de éste estilo, que no hayan querido atender indocumentados?

W: sí, sí, sí, he escuchado

E: ¿por parte de...personas cercanas a ti o algo?

W: eh...un poquito...uno que otro por ahí y...conversando y...

E: sí, sí. ¿y sabes por qué les han negado la atención?

W: solamente que no tenían el documento regularizado

BO+3POSTH9SETSI

Consecuencias TSI pasivo

Uno de los resultados que emerge de no tener la TSI pasiva o no vigente es la dificultad que ello conlleva para la obtención de citas o de atención sanitaria. Aunque la versión oficial de las instituciones sanitarias a partir de la normativa ampara una atención normalizada con TSI pasiva, se han identificado casos de no atención, incrementándose en torno a la aplicación del RDL.

Podemos afirmar que, generalmente, entre las personas participantes marroquíes y algunas personas del colectivo rumano, está difundida la noción de que no se atenderá a quien no tenga alta en la seguridad social, así como se ha comentado anteriormente. Esta idea ha sido difundida por el boca a boca y reforzada por la información, a veces confusa, difundida por la TV.

Esta creencia no está tan difundida entre las personas bolivianas, porque parece que cuentan con mayor información oficial de la continuidad de la atención normalizada, por su relación con personas trabajadoras dentro del sistema.

E: Muy bien

Ev: Pero normal ¿no?, me han atendido normal porque yo llevo ya, si ya un año que estoy, si exactamente un año que estoy, desempleada, y el rumor no, que se corría y además por las noticias y el rumor que se corre, esto de que, de que el que no esté aportando a la seguridad social no se va a ser atendido, pero sí, me han atendido muy bien, porque, además de que digo yo, la tenemos ahí a, nuestra amiga la trabajadora social

E:A xxx

Ev: A xxx

(...)

E: ¿Y desde cuando conoces esta modalidad ósea desde cuando pasa esto?

Ev: Eso es, escuchado de que es desde la, desde este, pues, desde este año, porque en Enero, si en Enero hemos tenido una reunión donde vino, diciembre finales de diciembre. En el ayuntamiento que vino el cónsul de Bolivia acá, a dar una informaciones a todos los bolivianos, y estaba la ex abogada que llevaba, daba el asesoramiento jurídico aquí en Coria. Y entonces también vino también vino una trabajadora social, no Joaquina, otra, para informar de que el servicio sanitario seguía para todos los que, los que no tenían la documentación, seguían atendiendo normalmente que no había ningún cambio, y que el que, que si que le estaban dando, la, este folio, porque había un chico que dijo yo no tengo mi residencia, y a mí no me dan tarjeta si no estoy así que, pue ahí fue que me entere que les dan el...

BO+3POSTM8SETSI

5.1.1.3 Percepciones de cambio en la entrada a los servicios

En cuanto a la percepción en la entrada a los servicios, algunas personas hablan de que no perciben ningún cambio en la entrada a los mismos.

E: lo que es esa parte de entrada a los servicios, cuando llegas, cuando te pi...cuando pides la cita; todo este proceso de entrada... ¿cómo lo has visto, cómo te has sentido tú en las últimas veces que has...que has acudido?

W: mmm...yo creo...así como antes no más; si, si, si...no, no, no hay...uno toma...agarra el ticket, espera su turno, a la mesa y...le hace una hora de cita y...todo. No ha cambiado nada casi

E: ni en horas...

W: no se nota nada

E: ...ni nada

W: no, no, no, nada; todo sigue igual

BO+3POSTH9SETSI

E: Muy bien. ¿Y lo que es el acceso, como valoras el acceso, crees que el acceso a los servicios es fácil, ya no la calidad, sino el poder llegar a ser atendido, crees que es fácil o no?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON M) Dice que el acceso es fácil, no hay ningún problema

E:Aja. ¿Porque, porque crees que es fácil o, que cosas te hacen sentir que el acceso es fácil?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON M) Dice que, que eso va bien organizado con las citas, que te dan una cita y ya sabe el tiempo que tiene que entrar y va entra al médico y todo pasa bien

E:Aja. ¿Nunca, nunca te han negado una cita ni nunca te han negado la atención o algo por el estilo?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON M) No nunca le ha pasado

MA+3POSTH7ALTSI

No obstante, en la experiencia de algunas personas, parece que cambia el acceso a los servicios. Mientras antes entraban directamente al centro de salud a través de citas, ahora aumenta la entrada por urgencias. En algún caso, comentan, que ello responde a indicaciones que se les han dado desde los propios centros sanitarios.

251

Ev: Y el caso por ejemplo de mi hermana Estela, este año, si este año sí que ella padece mucho de, de los bronquios, se resfría, alergia, entonces, y no la podían, como Pablo no está acá, ella se fue a pedir su cita, y le dijeron mire usted no, usted tiene que ser atendida por urgencias porque todos los que no tienen la tarjeta sanitaria tienen que acudir a urgencias

E: ¿Cuando fue eso?

Ev: Esto fue a finales de diciembre comienzo, si finales de diciembre, aun

E: Ahorita de 2012

Ev: De 2012

E: ¿Le dijeron que no la atendían por? ¿Por no tener...?

Ev: Por no tener la tarjeta sanitaria, y como ella no estaba dada de alta y que tenía, y enseñó su tarjeta, que tiene la tarjeta comunitaria,

BO+3POSTM8SETSI

Dentro de este apartado de entrada a los servicios, se incluyen algunos cambios concretos percibidos en relación a infraestructuras y equipos, servicios disponibles, coberturas sanitarias, personal sanitario, distancia a los servicios, trámites, horarios de atención, tiempos de espera y pagos.

Percepción de cambio Infraestructura y equipos

En relación a las infraestructuras y equipos, encontramos discursos sobre la disminución de los mismos.

E: hace dos años, no, eso fue hace bastante más. Vale, y...esto que me mencionaste al comienzo, me comentaste que – te parece- que a partir de la crisis pues el trato no es tan bueno; ¿qué otras cosas sientes que...que la crisis puede haber afectado al sistema de salud, en qué otras cosas...además de que el trato haya desmejorado?

A: dice que...el material de trabajo, las herramientas de trabajo ya...ya son menos...se notan que son menos que antes

E: ¿en qué lo notas, por ejemplo?

A: vale, ¿por qué?, por nuestro padre que...en su diálisis. Ya hicieron varios recortes...de materiales...

MA-3POSTM4ALTSI

Usuaría no entrevistada anteriormente

Reducción en coberturas

Hay alusión a la reducción de cobertura sanitaria, y aunque es una locución destacable es puntual.

E.: Claro. ¿Y crees, que se ha visto en efecto afectado el acceso de las personas inmigrantes a la salud desde la aplicación de las medidas?

A: Es que no lo sé, no tengo ningún tipo de dato, no he leído ningún tipo de informe relación a esto, entonces la verdad que no sabría decirte en qué medida se ha visto afecto, lo único que he visto es en la tele, sí, personas que ya no están, con enfermedades crónicas, algunas con enfermedades terminales, que dejaban de estar cubiertas, y es una tragedia. Y no más allá de esto no

RU+3POSTM9GRTSI

Percepción de cambio respecto al personal sanitario

No hay comentarios generales que se refieran a cambios respecto al personal sanitario o la atención que estas personas dispensan. Así como se ha comentado anteriormente, se habla más de las diferencias entre personas, más que entre categorías o diferencias entre centros.

A: sí, según con quien te encuentras. Te puedes encontrar con profesionales que son buena gente, te puedes encontrar profesionales de un carácter que ta' mal...

E: claro, muy bien. Mmm...frente a esto, al trato y la relación, ¿cómo...cómo has percibido la evolución o el...el proceso de lo que es la discriminación: sientes que hay más discriminación ahora o menos...cómo has percibido eso este año, que experiencias tienes?

A: Dice que él al centro de salud no va mucho pero...bueno, según que fue una vez, lo han atendido bien, que hay gente buena. Ehh, dice según...ya te lo ha...como ya te lo ha dicho antes, que hay gente bueno y gente mala, es depende de cada profesional; y lo que dijo que él...como se fue con su mujer varias veces al hospital de poniente, hay buen trato con las mujeres

E: y, ¿con los hombres no?...o ¿cuál es la diferencia entre el trato a hombres y a mujeres, o cómo lo percibes tú?

A: que...es según el trato, que ya lo ha dicho antes, es según a cada persona...del trato, de... hay gente buena y hay gente mala

MA+3POSTH7ALTSITEMP

Percepción de reducción de personal

En los casos en los que se habla de reducción de personal se alude a dos fenómenos en concreto: disminución de la plantilla en Atención Hospitalaria y falta de sustituciones en Atención Primaria.

E.:Vale. Es decir sin estas medidas de, sin el real decreto y estas otras medidas esto de lo que me hablas no se daría en principio, ¿pregunto?

A: No, obviamente esas medidas inciden, no

E.:Vale, ajá. Esto que me hablas, me parece interesante la parte de los recortes de personal, ¿cómo lo has notado, en que lo has notado, o donde te parece más palpable, desde hace cuánto?

A: Yo he tenido recientemente, en estas últimas dos semanas, yo si he visto en, un centro, en un hospital, no ha sido, en los últimos 6 meses no he frecuentado tanto no, pero, es muy diciente, es que se nota, faltan enfermeros por planta, hay una reducción bastante grande de personal, y eso los mismos pacientes se quejan.

RU+3POSTM9GRTSI

E.: Mmm digamos que, lo normas es que cuando las personas requieren calidad, pues no es una definición monolítica, sino que son varias cosillas no, en el cual de esos ámbitos o el cual de esos aspectos ves tú que se nota más el empeoramiento de la calidad del Sistema de Salud Público Andaluz?

A: En el presupuesto que va dedicado a la sanidad realmente, porque claro ese presupuesto, hay que ajustarlo luego muy bien, y si es reducido pues, o es quitar más personal, o, y eso afecta finamente al ciudadano

RU+3POSTM9GRTSI

E.:Vale, ok. ¿Y aparte de que no hayas estado tú ahí en los servicios de salud directamente, personas conocidas, personas de tu entorno más directo que hayas visto pues alguna experiencia en los servicios de salud en estos últimos meses?

A: Bueno, un amigo, una amiga puso hace unos, unas semanas en Facebook algo como que la niña tenía fiebre, que se fue al centro de salud y que no había pediatra porque no lo habían...

E.: No habían hecho la sustitución, no

A: Si no habían cubierto la vacante o algo por el estilo

E: Esto hace cuanto fue más o menos

A: Hace unas semanas

E.:Aja. ¿Y esta chica amiga tuya de donde es?

A: De aquí,

E.: Es española

A: Es española. Si

E.:Aja. ¿Y el problema era por falta de profesionales?

A: Si, faltaba vamos no habían cubierto, no sé el que es lo que pasaba con el pediatra que estaba asignado ahí y pues no lo habían cubierto, y no iba haber pediatra durante unos días

RU+3POSTM9GRTSI

Reducción de horas de trabajo

La reducción de horas de trabajo de los profesionales aparece como un claro exponente de la percepción de reducción de servicios sanitarios.

E: aja. ¿Qué otro tipo de restricciones así que te suenen que...que hayas comenzado a escuchar más o menos recientemente?

W: un poquito también que...nos han bajado – creo – las horas a los médicos, sobre todo a los de especialidad

E: aja

W: y donde...en sitios donde...realmente había...atendían más horas, ahora han reducido el tiempo

E: aja

W: de horas en atención en ciertas especialidades

BO+3POSTH9SETSI

W: pero...sí...yo estado ha alguna reunión en un centro de salud, he asistido; pero ahí se habla mucho...de...de los recortes de horario que están haciendo a muchos profesionales sanitarios

E: aja

W: y en diferentes especialidades

E: aja

W: eso si he notado, que les están recortando horas a ellos

E: aja

W: ahh...entonces eso también ya es algo negativo ¿no?

E: claro

W: claro, la gente ya no puede recurrir...recurrir más tiempo...en... ¿no?...a esos servicios

BO+3POSTH9SETSI

E: ¿Percibes eso tanto para el acceso como para la calidad de los servicios me dices, entonces no, no sentirías una gran diferencia al respecto en lo que me decías eso la última vez y ahora tu valoración?

A: Quizás puede que haya aumentado los tiempos de espera porque si hay menos personal, o hay, por ejemplo, ayer en los, en el periódico ponían, que durante todo el verano por la tarde los centros de salud de Granada van cerrar; que significa eso, que no habrá médicos trabajando, no habrá citas con lo cual por la mañana va ser una locura va haber un montón, entonces si a nivel de tiempos, de masificación si, quizá se note, quizás no seguramente. Pero más allá de eso que la gente esté más irritable que estemos todos más estresados también puede ser. A ese nivel si quizá sería importante que

RU+3POSTM9GRTSI

Percepción de cambio en distancia a los servicios

La percepción de cambio en la distancia a los servicios no se relaciona con el cambio de situación de los centros sanitarios sino que se relaciona con cambios en la situación personal de las personas. Esto se desarrolla en el apartado de factores relacionados con la situación de las personas entrevistadas.

Percepción de cambio en trámites (cita, pruebas, cirugía, etc.)

El cambio en relación a los trámites más significativo es el aumento de los tiempos de espera.

W: de que...es más la tardanza...

E: aja

W: la tardanza, la espera a veces en la...de la consulta

E: aja

W: y...y las de especialidad; que tarda mucho en...en comunicarles ¿no?

E: los especialistas?

WM: aja, si...para cierto tipo de cirugías...esas cositas

BO+3POSTH9SETSI

Otro cambio que ya se ha comentado en el apartado de entrada al sistema es la exigencia de NIE y/o alta Seguridad Social para obtener atención. En este sentido hay comentarios de experiencia directa que afirman este hecho. No obstante, hay algunas personas que afirman que es falso el hecho de que no se haya atendido por falta de NIE o alta.

255

Por último, en relación a los trámites, encontramos algunas verbalizaciones que afirman que éstos se han complicado en el sentido que se solicitan mayor variedad y número de papeles. Por ejemplo se habla de que se solicitan desde las escrituras de la casa hasta las nóminas de los últimos 6 meses.

E: Habría que contrastar eso después. Esta interesante. Aja. Muy bien. Cuéntame H, ¿Cómo ves que haya cambiado, o cómo ves que, pues la situación en general en el país, y el empleo y la crisis y todo esto, si cree que afecta en algo la salud o si él ve algún, alguna repercusión en la salud, si siente algún cambio reciente al respecto?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Él ve, no ve ningún cambio pero lo que está viendo que hay, que cada vez va a peor

E: ¿Por qué?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dice que ahora por el tema de cambios de papeles, renovación, piden muchos papeles, pierden, empadronamiento, piden eh escritura de la casa, pierden que salga, que salga lo que es los servicios sean de pagar en la casa, que piden mucho papeleo para renovar la tarjeta sanita, la tarjeta de la residencia

E: De residencia

H: (HABLA EN ARABE)

Traductor: Y si no trabajas te quitan la tarjeta, san, de la residencia

E: ¿Y conoce casos de estos de personas que hayan perdido su residen?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dice que él conoce

H: (HABLA EN ARABE)

Traductor: Conoce varia gente que le han denegado, conoce a un amigo de él, que ha tenido su mujer, él no está trabajando, su mujer no ha podido renovar la tarjeta de residencia y a raíz de eso le piden seis nóminas, las últimas seis nóminas, le piden un contrato de trabajo de trabajo de un año, le piden un certificado de empadronamiento, le piden una casa en condiciones, le piden muchas cosas que él no tiene la posibilidad porque no está trabajando estamos en crisis, entonces ha tenido que devolver a sus hijos a su mujer a Marruecos, él conoce varia gente que han devolver, que han vuelto a Marruecos, por culpa de eso

E: ¿Desde, desde cuando pasa eso?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H), Desde último, 2012 y ahora mismo está pasando

MA+3POSTH3ALTSI

Percepción de cambio en horarios de atención

En general, no hay comentarios en cuanto a cambios en los horarios de atención. No obstante, sí encontramos un comentario que alude a la disminución de horas, cerrando los centros de salud por las tardes, lo que dificulta la asistencia para personas que, por situación personal, solo pueden acudir por la mañana.

L: y tiene médico por la mañana de...de...de...ocho de la mañana hasta las dos de la tarde

(...)

E: si, si, si. Que...en estas atenciones de las que hablas, estas últimas, ¿percibes que ha habido algo de diferente con las veces anteriores, antes de que yo viniera, con la atención?

L: que dice que ella antes tenía el centro de salud en El Ejido y no...y no iba por tema de los autobuses, todo eso. Pero ahora que tiene...el centro de salud aquí, dice que tiene su médica que es muy buena gente; pero la otra médica, que hay en otras consultas, la otra médica, dice que la gente habla mal de ella porque no trata bien la gente

MA+3POSTM9ALTSI

Percepción de cambio en los tiempos de espera

En general, es mayor la percepción de que los tiempos de espera han empeorado. Encontramos verbalizaciones en los tres grupos de población.

E: aja. ¿no notas cambios en nada en particular: en cómo te atienden, en...?

W: sí, parece que hay unas restricciones en...una que otra cosita pero no lo sé cuáles; pero hay...hay...hay

E: pero ¿cómo cuál o...lo dices por conocimiento o por oídas...o por qué?

W: por oído, si, si, aja...

E: ¿qué has escuchado?

W: de qué...tan demorando mucho en las...en las citas ehh...para...casos muy especiales

BO+3POSTH9SETSI

M: Bueno que ahora digamos por decir tienes una cita de un, una X enfermedad, te dan la cita de aquí a 6, 7 meses que tampoco te dan en corto tiempo

E: ¿Y crees que antes se daban las citas con menos tiempo de espera?

M: Con menos tiempo de espera, sí

E: Aja. ¿Desde cuándo crees que ha comenzado hacerse más largo el tiempo de espera?

M: Pues ya peor es este año, ya más es peores porque eso estoy viendo con mi hija, mira que ella padece, tiene una enfermedad del oído, y tenían que hacerle una operación del oído, y no vea, desde el año pasado que la vio el médico en el mes de agosto, recién le ha vuelto la cita otra vez.

BO+3POSTM4SETSI

ES: lo único que yo sé que...cuando vas, lo que escucho ¿no?, cuando yo he ido; es que... reniegan porque mucha espera...

E: el tiempo de espera

ES: el tiempo de espera: tres horas, dos horas...de atraso

BO+3POSTM8SETSI

Traductor: (HABLA CON M EN ÁRABE) Dice que no hay ningún cambio, lo único que ha...

M: (HABLA EN ÁRABE)

Traductor: Lo único que ha sentido es que se está cambiando la cosa a peor; ya no va al centro de salud

E.: ¿En qué notas esos cambios, porque crees que va a peor?

Traductor: (HABLA CON M EN ÁRABE) Que dice que hay mucha lista de espera

E:Aja

Traductor:Y que se va por ejemplo al hospital del poniente en urgencias, tiene que esperar ahí medio, medio día

E.:Aja, vale

M: (HABLA EN ÁRABE).

Traductor:Y de momento que no tiene tiempo está trabajando, por eso

M: (HABLA EN ÁRABE)

Traductor: Que dice que por ejemplo, hoy esta malo pues tiene que coger cita pa su médico le dan a más lejos, dos días, tres días

MA+3POSTH5ALTSI

Encontramos discursos que hablan de este empeoramiento en el servicio de urgencias.

W: y también los servicios de emergencia, a veces; la atención un poquito al final

E: ¿qué...?

W: hay demora, hay demora, hay demora

E: ¿qué sucede con...?

W: hay demora, si

E: hay más demora en urgencias

W: hay más demora; si, si. En urgencias también

E: ¿desde cuándo te dicen esto?

W: desde hace unos...ahh...si unos ocho meses nada más...

BO+3POSTH9SETSI

No obstante, también encontramos discursos acerca de la percepción de mejora en los tiempos de espera, incluso se verbaliza la mejora de las listas de espera.

E:Aja. Me hablaste ahorita de que había mejorado...en...lo que es la list....el tiempo de espera. ¿Notas alguna otra cuestión que haya cambiado - para bien o para mal - dentro de los servicios como...el horario, los trámites o la cantidad de profesionales; cosas relacionadas con el servicio que hayan cambiado , que hayas visto que han cambiado?

A: Si, si...Dice que se está notando de la última vez que se va al hospital de poniente, a Urgencias, ya no hay mucha gente, ya no hay lista de espera como antes; antes se esperaba cinco horas ahora dice que va la cosa más rápido

MA+3POSTH7ALTSITEMP

Percepción de cambios relacionados con pagos (consulta, tratamientos)

Los comentarios que hablan de cambios en el **cobro de medicamentos**, como ya se ha comentado antes, se relacionan con la salida o modificación de financiación de algunos medicamentos. Se relatan casos en los que se cobra por **servicios concretos**, es decir, tenemos dos personas que relatan 2 experiencias, una por una fractura de tobillo y otra por un esguince en una pierna en las que se realizaron cobros.

E: ¿Pero estos son comentarios comunes desde hace años, o es una cuestión de ahora?

Ev: No, más, más ultimo no.

E: Más reciente no

Ev: Si porque también había otros casos de que, de que alguna le cobraron, porque se había fracturado, el tobillo

E: ¿Le cobraron?

Ev: Le cobraron, le llevo la factura me decía

E: ¿Pero a donde acudió a Urgencias?

Ev: A urgencias

E: ¿De Sevilla?

Ev: No de aquí.

E: Del centro de salud

Ev: Si pero, me parece que cuando esto eso no lo hacen aquí, de aquí lo mandan a Sevilla. Después, no supe así más sobre ese caso, porque, le había llegado la factura a su, a su domicilio

E: Aja ¿Y sabes qué situación legal, o si tenía su NIE o su tarjeta de salud esta persona? Ni idea

Ev: Eso si que no me acuerdo ahora mismo.

BO+3POSTM8SETSI

N: si, lo que pasa es que...no tenía la tarjeta y...casualmente me tocó trabajar en una empresa de limpieza

E: aja

N: y...en esa empresa de limpieza me hice un esguince en el pie; y fui...al centro de salud a que me atiendan y me dijeron que no me podían atender

E: aja

N: porque estaba yo como pasiva

E: claro

N: entonces me dijeron que tenía que pagar cincuenta euros y eso para...la atención

E: aja

N: entonces lo que hice fue volverme a casa y...mi pie a los tres días estaba más hinchado

E: claro, ¿y cómo lo resolviste?

N: volví a ir al centro de salud a urgencias

E: aja

N: y...el muchacho que me atendió me volvió a negar la asistencia

BO+3POSTM9SETSI

E: ¿En cómo te tratan los médicos, o, el tipo de cosas que te recetan, o... en el pago de los medicamentos?

M: En el pago de los medicamentos si se siente, porque ya, ahora ya no es igual, hay medicamentos que no vienen con receta, uno tiene que comprarlo

E: ¿Que antes si la tenían?

M: Si, sí.

BO+3POSTM4SETSI

259

5.1.1.4 Cambios relacionados con la situación personal de las personas migrantes

Por último, hay resultados relacionados con las condiciones generales de las propias personas entrevistadas que, como se ha visto en capítulos anteriores, también influyen en el acceso a la atención sanitaria.

En este bloque, se abarcan resultados que tienen que ver con:

- cambios en situación administrativa, situación laboral y económica de las personas entrevistadas,
- cambios en relación a sus redes sociales y de apoyo,
- cambios en los patrones de uso de los servicios (frecuencia, horarios o servicios más usados, acompañamiento),
- cambios en cuanto al aprendizaje del idioma,
- cambios en la confianza y adherencia a los tratamientos recibidos y
- cambios en el uso de otras medicinas.

Hay que destacar que en palabras de las personas entrevistadas, en general, el contexto social, económico y político ha empeorado. La mayoría de las personas entrevistadas afirma que su condición no ha mejorado, sobre todo en cuestiones ligadas al trabajo.

E: aja, muy bien. Y ¿cómo has visto el...ya lo que es el...el entorno más general, o sea el de la ciudad, el de aquí el pueblo digamos: ves que hay más trabajo, menos trabajo...política está mejor, peor, en...No sé, en general el contexto ya no solo tuyo sino el contexto en general en el que vives.

N: bueno en política, esto va de cabeza. Ya...día a día se ve cada cosa en el noticiero

E: aj, aja

N: en cuanto a...personas extranjeras se han ido bastantes de aquí de Coria

E: .aja

N: muchísima gente no hay, han retornado al país de origen

E: si

N: han...emigrado a otro...a otro sitio por...cuestiones de trabajo, porque no hay trabajo

E: aja

N: esta complicada esa situación

E: aja, ¿desde cuándo sientes que se está yendo la gente?

N: ya hace unos dos años

E: desde hace unos dos años

N: más o menos

E: y lo que me comentas de política...que va de cabeza y fatal, ¿desde cuándo tienes esta percepción?

N: de...desde hace rato, porque...vamos; con los cambios de gobierno...desde el gobierno anterior se ha sentido más

BO+3POSTM9SETSI

En general, las personas entrevistadas anteriormente y que permanecen en nuestro país no presentan una situación personal más estable. No obstante, sí hemos encontrado casos en los que sí es así. Este último caso coincide con aquellas personas que tienen una situación más favorable y unos estudios previos de mayor nivel.

La crisis económica ha hecho que la situación de muchas personas que entrevistamos en la primera fase haya empeorado y en algunos casos hayan retornado a sus países de origen.

A: Sin tener ese trabajo, claro, entonces no, era menos estable que ahora creo, que por lo menos estoy percibiendo un sueldo, bueno, aunque sea de prueba que es como un una, un becario, un sueldo de becario, pero, por lo menos estoy percibiendo algo mensual, no es como antes que era cada 2 o 3 meses, que no es lo mismo. Y creo que sí puede mejor bastante mi situación al menos tengo mucha esperanza

RU+3POSTM9GRTSI

Cambios en situación administrativa

Personas entrevistadas de los tres grupos de población presentan cambios en su situación laboral-administrativa.

- Hay casos, en positivo, en los que el cambio se da de la no cotización a la cotización.

E: ¿Cuándo empezó a cotizar la madre?

C: Cuando estaba embarazada de 6 meses, algo así. Ahora tiene ya año y 8 meses. Cuando.

Bueno usted ha venido cuando ya nació el niño. Pero eso a veces

E: ¿Y a cotizado ella en ese momento?

C: Pues tenía poca cotización tenía aquella vez. Pero hoy si ya tiene, ya está trabajando, a los 4 meses que ha tenido su niño ha trabajado, ha empezado a cotizar

E: Muy bien, ¿Y qué te cuentan, a parte del caso de tu nieto que me dices que ha mejorado, que te cuentan el resto, pues tus amistades, lo que me dices?

C: Si mis amistades me cuentan que, que será la verdad como dicen a lo que, porque ya vemos poca gente, pues hay mejor atención, y además casi la mayoría ya estamos cotizando y, hay personas que van así sin documentos, lo reciben no más bien que esta liada como antes

BO+3POSTM4SETSI

- Otro cambio positivo que se comenta en cuanto a la situación administrativa es la obtención del permiso de residencia.

E: ¿Por qué crees que estas mejor que antes?

J: que s...antes no tenía permiso de residencia, ahora si tiene permiso de residencia: puede ir a Marruecos a ver su familia, sus hijos y...bien

MA+3POSTM3ALTSI

- En algunos casos, las verbalizaciones en torno a la situación administrativa son difíciles de analizar. Encontramos discursos en los que se verbaliza que el hecho no tener contrato de trabajo les ha dificultado la obtención del permiso de residencia. De la misma manera, se encuentran discursos en los que la dificultad para obtener el contrato de trabajo es precisamente el permiso de residencia. Aunque esta situación tiene una norma concreta en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, en la siguiente verbalización ejemplificamos esta confusión que se da en cuanto a la documentación y trámites administrativos.

E: Vale. Muy bien. ¿Cuéntame en tu, en tu entorno en tu vida, en tu ambiente, que es lo que ha cambiado en este último año, ¿En tus redes sociales, tú casa, tu trabajo, que ha sido, que ha cambiado últimamente?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON MARCO) Que dice que todo bien, no ha cambiado nada lo único que tiene problemillas por el permiso de residencia

E: Aja. ¿Qué problemas tienes al respecto?

M: (HABLA EN ARABE)

Traductor: Que por tema de permiso de residencia que no tiene contrato de trabajo, y no puede conseguir permiso de residencia por tema del arraigo también, y añadido yo, permito añadir porque él lleva desde el 2007 aquí, y ya lleva más de la cuenta que son una, ley de extranjería te permite aquí, con pruebas de tres años más un contrato, con un contrato de alta en la seguridad social puede tener el permiso de residencia, pero ya, ahora con la crisis la extranjería ya no se permite, ya hace muchas dificultades ya no se permite eso, aunque tenga los papeles todo en regla te echan los papeles pa atrás, y él estaba luchado en varias cosas, quería, quería obtener el, el permiso, con varios contratos pero no le ha salido, le han

denegado, quería también buscar soluciones a través del comercio pero también le deniegan, y quería tenerlo también a través de matrimonio pero también no va bien la cosa

E: ¿Y por qué se las han denegado, que han dicho porque te deniegan la solicitudes?

Traductor: Ahora se la han denegado (HABLA EN ARABE CON M) Por el contrato

E: Por no tener contrato ¿no?

Traductor: No por, el contrato no estaba en regla, tenía dificultades en el contrato

MA+3POSTH7ALTSI

- De hecho, estas dificultades conllevan que algunas personas tengan que realizar acciones ilegales como pagar por un contrato de trabajo para poder conseguir el permiso de residencia. Esta situación a veces se da incluso para obtener la tarjeta sanitaria.

E: aja. ¿Cuándo sacaste tu...tu tarjeta sanitaria L, cuándo la gestionaste?

L: mayo de 2011

E: mayo de 2011, vale. ¿y no has tenido que hacer ningún trámite de renovación ni nada por el estilo?

L: que ella...antes no la tenía; aunque hizo los...ha tenido el permiso de residencia antes de tener la tarjeta ehh...cuando ha tenido...el permiso de residencia lo ha dejado y cu...y...cuando lo han pedido, bueno, cuando quería acceder al centro de salud...

E: si

L: fue a hacerla, y le han pedido el contrato de trabajo para hacerla

E: y... ¿cómo hizo para hacerla si no tenía contrato?

L: Bueno, ha pagado para tener un contrato, ha comprado un...contrato de trabajo para hacer una tarjeta de salud.

E: y... ¿cuánto tuviste que pagar por esto? y...dile que esto no se va a saber en ningún lado, obviamente...

L: más o menos, es que...ella solamente ha pagado los días en que...que ha estado de alta en la seguridad social

MA+3POSTM9ALTSI

En relación a los cambios administrativos, algunas personas verbalizan la repercusión que estos cambios tienen en la percepción de la salud. En este sentido se comenta que la mejora en la situación administrativa suele tener como consecuencia una mejor percepción de salud.

E: pregúntale si siente, si hay alguna relación entre su salud y el hecho de que esté mejor o si...está mejor también de salud, o si... ¿cómo va la relación...ella dice que ahora está mejor que antes...

T: entre la salud de...

E: ¿cómo va ese cambio personal de ella y su salud, cómo ha ido relacionado?

J: que de momento bien, que eso no le afecta; que le afecta su salud a mejoría...

E: aja

J: no se cabrea como antes que no tenía permiso de residencia y todo...

MA+3POSTM3ALTSI

Cambios situación laboral y económica

En términos generales, personas de todos los colectivos entrevistados muestran cambios en la situación laboral y económica. En general, el cambio ha sido para empeorar el sistema, es decir, o bien porque han perdido el trabajo o bien porque aunque siguen trabajando, hay cambios en sus condiciones de cotización, no están percibiendo el salario o éste ha bajado de manera considerable.

263

E:Aja. Eso frente a tu cuestión específica, ahora como ves el entorno general, el pueblo, que si la economía está mejor o peor, el trabajo, la política

M: Esta peor; está peor todo, todo está peor

BO+3POSTM4SETSI

A: Si, en mi entorno a nivel socioeconómico se nota, en mucha diferencia, bueno con respecto hace un año atrás, mmm, y hay mucho pesimismo también, que no te digo sí que hay mucho paro y eso a personas de mi entorno amigos, vecinos, tenemos vecinos que están, una pareja están los dos parados, viven prácticamente de la familia, o bueno, con ayuda del paro y de la familia, y con esa edad pues te planteas, y no encuentran llevan 1 año y pico en paro, los dos, y entonces también te pones a comparar un poco y a veces es que de verdad nos consideramos a veces afortunados porque por lo menos si hay un sueldo mensual en la casa, yo tengo ahí, esas

RU+3POSTM9GRSTI

Se afirma que cuando se está dando este empeoramiento de las condiciones de trabajo, en general, es en estos últimos años.

E: Muy bien. La parte del contexto general pues del entorno este del pueblo y donde están las cosas por acá. ¿Qué has visto pues en este último año que pase aquí en Coria, que haya cambiado?

C: Si hay al, si ha cambiado en cuanto al trabajo y eso me dice ¿no?. Hay mucha gente que se queja que no hay mucho trabajo que han bajado mucho los sueldos, incluso a mí también me han bajado ¿no?, pero como trabajo más horas pues lo compenso, pero otras personas si, se han quejado, se quejan hasta ahora, porque, les han bajado el sueldo no les pagan, hay algunas que no les pagan su, seguridad social, y entonces...

E: ¿Y esto pasa ahora o pasaba hace dos o tres años?

C: No ahora está pasando eso.

E: ¿Antes no sucedía así?

C: Casi no sucedía tanto así, pero hoy se está sintiendo mucho

BO+3POSTM4SETSI

E: aja, y ¿tu situación laboral - aunque ya me hablaste un poquillo de ella - cuéntame más, cómo ha cambiado últimamente tu situación laboral desde la última vez que nos vimos?

F: ...claro, es que he perdió algo trabajo, porque... dicen que con la crisis que... ahora si tan obligados darte de alta...es que...si tenías cuatro horas en una casa...o venga, yo te doy de alta pero te vienes sólo tres horas, ¿sabes?, o...otro, yo que sé, otro ya te está echando y te llama de vez en cuando; que no te llamo una vez a la semana, que...te llamo cuando te necesito

E: claro

F: y...ya no te hacen papeles, ya...

E: y ¿eso ha cambiado de...de antes hasta ahora?

F: si

E: aja, ¿en qué sentido?: lo sientes mejor, lo sientes peor...

F: peor; normal peor...es que he perdió unos cincuenta euros a la semana...ya...uff

RU-3POSTM7GRTSIPAS

No obstante, también hay casos en el que la situación se ha mantenido estable o incluso ha mejorado. Tenemos el caso de una persona en la que la situación laboral ha permanecido estable.

E: ¿Cuéntame ahora como ha ido la parte tuya, como ha ido tu entorno, tu ambiente, como ha cambiado en este último año?

C: Pues de mi muy bien

E: ¿Si has entrado a trabajar, o dejado de trabajar, que cambios has tenido en el último año?

C: Gracias a dios yo desde esa vez que ha, desde hace 5 años que trabajo en uno mismo, un solo trabajo

E: Si ¿no?

C: Si. Y en la cocina, en la limpieza yo sigo trabajando

BO+3POSTM4SETSI

Sin embargo, aunque la situación siga estable, a esta persona le han cambiado las condiciones de trabajo, reduciéndole a la mitad la cotización. Más adelante comentaremos que los cambios en las condiciones de cotización han empeorado en la mayoría de los casos.

E: ¿No has tenido ningún cambio así, importante en el último año, digamos, en eso en tus papeles o tu trabajo, o cualquier, tus amigos o esas cosas?

C: A pues en los documentos si, en el cambio de, en el cambio de, en el trabajo bien, pero en cuanto de alta y todo eso, si que, mis jefes me han, no me han podido dar de alta a mí, tiempo completo

E: ¿En la seguridad social?

C: En la seguridad social

E: ¿Pero te han dado de alta alguna parte o...?

C: Media, media jornada.

E: ¿Ósea estas dada de alta por menos tiempo del que realmente trabajas?

C: Si, trabajo tiempo completo al año

BO+3POSTM4SETSI

En cuanto al salario se comentan varias situaciones diferentes.

- Muchas de las personas entrevistadas comentan la bajada de salario por el mismo trabajo respecto a unos pocos años anteriores.

ES: entonces lo que yo gano ahora, en todo el día, lo ganaba en horas antes en...

E: ganas mucho menos que antes

ES: mmm...la mitad, creo

E: ¿y es el mismo trabajo?

ES: no, no, o sea es...yo te digo que es un trabajo un poco más complicado porque ahora trabajo con niños y antes trabajaba por horas limpiando

E: aja

ES: ahora es con niños...y una explotadora de cuentas la mujer...

E: claro

ES: entonces, el cambio ha sido, me paga lo mínimo

E: lo mínimo

ES: por doce horas que trabajo

BO+3POSTM8SETSI

- Hay casos en los que se empieza a experimentar retrasos con el cobro de salarios.

Traductor: Dice que no ha cobrado, el 17 de septiembre, en octubre, el 17 septiembre le pagaron, y ya desde ahí hasta ahora no ha cobrado nada. Entonces octubre, noviembre y diciembre no ha cobrado nada

E: ¿Y pero, se lo pagarán, o no, o cómo?

Traducción: (HABLA EN ARABE CON AI) El paga pero tarda mucho en pagar; siempre paga tarde, tres, cuatro nóminas.

MA+3POSTH3ALTSI

- Hay casos incluso en los que se ha dejado de percibir un salario, aunque mantengan sus trabajos.

E: Muy bien. Y cuéntame, a parte de la salud, en lo que es tu entorno, familia, amigos, trabajo, casa, toda esta parte tuya, ¿qué ha cambiado, en este último año, desde que nos vimos?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Bueno, lo único el trabajo, la, la vida sigue igual, pero el trabajo ya, está trabajando pero sin cobrar

H: (HABLA EN ARABE)

E: ¿Está trabajando sin cobrar, antes no trabajabas o trabajabas cobrando?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dice que este año, no paga, pero el año pasado si,

MA+3POSTH3ALTSI

E: Esa sonrisa, si señor; hombre, si lo recuerdo, que el año pasado me comentabas que estabas un poco agobiado. Bueno, ¿a parte del trabajo ha cambiado alguna otra cosa, que tu sientas como un cambio importante?

J: (se escuchan risas) Dice, dice, que ahora mismo está trabajando pero le da solamente doscientos euros, no le paga

TSI
MA+3POSTH3ALTSI

La consecuencia de este empeoramiento de su condición económica conlleva situaciones como la de no poder pagar la casa.

E: ¿Ni nada por el estilo? Aja. ¿Qué otra cosa así en tu entorno que haya, haya cambiado la, tu situación, digamos, que este a diferencia de hacer un año y medio o dos?

M: De mi situación lo único es que tenía una casa y no la puedo pagar, eso (HABLA ENTRE RISAS) es

E: ¿Eso no ha cambiado, no?

M: Eso es lo que me ha cambiado por completo.

E: ¿Y cuándo entraste en ese problema, cuando entraste en problemas?

M: Ya pues el año pasado

BO+3POSTM4SETSI

En relación al efecto que pudiera tener su situación económica en la salud, algunas de las personas entrevistadas hablan de unas consecuencias claras de afectación en la salud por sentirse totalmente agotado.

ES: entonces, el cambio ha sido, me paga lo mínimo

E: lo mínimo

ES: por doce horas que trabajo

E: otras, ¿y cómo sientes que eso tiene algún efecto en la salud?

ES: si porque estoy agotada totalmente

BO+3POSTM8SETSI

E: Vale. ¿Y sientes que, que este cambio tu situación laboral afecta tu salud en algo?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Qué, que si nota algún cambio que se, se cabrea pero después se relaja,...

MA+3POSTH3ALTSI

E: Aja. Okey, vale. Sientes que... ¿esa mejora en el trabajo afecta tu salud, para bien o para mal, o como es la relación del cambio en la situación laboral con la situación de salud?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON A). Dice que es, le duele mucho porque él está, él tiene un alquiler de 250 euros al mes, tiene que pagar la luz, el agua, la basura y tiene que pagar muchas facturas, y eso le duele porque muchas veces no encuentra ni sin un duro, y tiene que pedir algún amigo que le presta algo (...)

E: Vale. Pregúntale, ¿cuál es el cambio más importante frente a salud que ha percibido en el último año, si es que ha percibido alguno? ¿Qué es dentro del ámbito de la salud, desde que esta acá sobre todo en el último año, que ha visto que cambie algo, que ha visto que ya no sea como antes?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON AL). Que dice que el único cambio que estaba

sentando, es el afán por el trabajo, que la gente que está trabajando está bien ahora mismo, y la gente que no está trabajando está cada vez peor, cada vez peor, por tema de la sanidad y por tema de todo

E:Aja. ¿Desde cuándo nota ese cambio?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON AL). Hace, hace dos años y está empezándose a empeorar

MA+3POSTH3ALTSI

E: Muy bien. ¿Cuéntame Marco como has visto que cambia el entorno local, pues el tuyo un poco, pues estamos la parte local que si hay más desempleo que si hay menos, que si hay...¿Cómo ha cambiado el ambiente aquí en el último año?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON M) Que por tema del trabajo, ya no hay trabajo, antes si hubo mucho trabajo pero ahora ya no hay.

267

E: ¿Y crees que eso tiene algún efecto en, en temas de salud?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON M) Si cree que por que, por temas de salud, cuando uno está trabajando está bien, está pensando tal, pero cuando no trabaja piensa mucho, le afecta la salud, el caso de él que antes trabajaba en invernadero y a, por la tarde se venía a trabajar aquí, entonces tenía un buen sueldo, y pue, tenía la vida un poco resuelta, pero ahora que está trabajando aquí gana muy poco, le está afectando mucho a su salud, porque ya piensa tanto que va hacer en su futuro que va hacer en de su vida, más el problema de permiso de residencia ya eso le afecta también

MA+3POSTH7ALTSI

E: vale, cuéntame aparte de la salud, ¿qué ha cambiado en tu entorno: tu trabajo, tu situación administrativa, tu casa, tu situación económica...lo que es tu entorno propio, cómo se ha modificado desde el año pasado hasta ahora?

J: que la situación es por tema de situación laboral a él. El cuando estaba trabajando, ahora mismo que está trabajando está bien pero cuando no estaba trabajando no está bien porque ya no tiene ningún ingreso y no estaba bien en su vida

E: aja. Entonces eso es un cambio para mejor, supongo

J: dice que cuando trabaja sí...si se le cambia la vida que...está bien; que cuando no trabajo pues nada

MA+3POSTH3ALTSI

Por último, hay algunos casos en los que la situación laboral ha mejorado. Se habla también de mejora por percibir un salario.

E: Muy bien, aja. Vale, Cuéntanos A por favor, en este último año desde que nos vimos ¿qué ha cambiado en tu vida, tu redes sociales, de amigos, tu trabajo, tu casa, que ha cambiado y que no ha cambiado, como sientes eso?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON A) Dice que, la, los amigos hoy y la vida sigue igual, lo único es el trabajo, antes, él siempre ha trabajado, pero antes trabajaba por ejemplo un mes y descansaba 2 meses, que no era, el ingresos no eran adecuado entonces era poco ingreso para él. Ahora mismo está trabajando gracias a Dios, y bien, dice que se encuentra mejor

E: Esta mejor de trabajo.

Traductor: Si.

MA+3POSTH3ALTSI

E.: Mmm... ¿Respecto a los cambios que pueden haber habido en ti y tu entorno digamos, a lo largo de este año y sobre todo en estos últimos meses, no sé si ha cambiado tu situación administrativa o tu situación laboral, ¿cómo ha ido este otro proceso, para poder enmarcar todo esto que me dices, también dentro de lo que ha sido tu proceso individual?

A: A nivel laboral, bueno, ha cambiado algo positivamente, pero todavía no está definido, bien definido, no es algo todavía concreto, estoy trabajándomelo pero ya te digo, ahora mismo estoy en un puesto en pruebas y hasta que no consiga un contrato realmente no puede considerar yo con una situación laboral estable

E.: Vale. ¿Las tenías antes? O sea, dices que ha cambiado que ahora estas otra vez como en pruebas y tal, ¿antes tenías una situación laboral estable o intermedia?

A: No, no antes como estado opositando 3 años, tenía un trabajo, eh transitorio, mensual a veces duraba hasta dos meses, pero con un intervalo de 3 o 4 meses

E.: Sin trabajar

A: Sin tener ese trabajo, claro, entonces no, era menos estable que ahora creo, que por lo menos estoy percibiendo un sueldo, bueno, aunque sea de prueba que es como un una, un becario, un sueldo de becario, pero, por lo menos estoy percibiendo algo mensual, no es como antes que era cada 2 o 3 meses, que no es lo mismo. Y creo que si puede mejor bastante mi situación al menos tengo mucha esperanza

RU+3POSTM9GRTSI

Como efecto de esta mejora en las condiciones de trabajo también hay verbalizaciones que aluden a la mejora de la salud cuando se encuentra o mejora la situación laboral.

E.: ¿En qué sentido, en donde sientes el cambio, donde está el cambio en ti?

C: Yo me encontrar trabajo y soy más contenta, más tranquila más sin problema.

RU-3POSTM5GRTSI

Cambio en redes sociales y de apoyo

En general, no encontramos muchas alusiones referidas a cambios en las redes sociales o de apoyo de las personas entrevistadas. En algunos casos se alude a una mejora de la res social, o bien porque se han aumentado las amistades o bien porque la persona que lo verbaliza se ha ido a vivir con su pareja.

E: Muy bien, aja. Vale, Cuéntanos A por favor, en este último año desde que nos vimos ¿qué ha cambiado en tu vida, tus redes sociales, de amigos, tu trabajo, tu casa, que ha cambiado y que no ha cambiado, como sientes eso?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON A) Dice que, la, los amigos hoy y la vida sigue igual, lo único es el trabajo,

MA+3POSTH3ALTSI

E: vale, muy bien, eso frente a esa parte. Cuéntame...¿qué ha cambiado J en tu entorno: ehh...si has cambiado de trabajo, si has cambiado de casa o si has cambiado de...de amigos, familia, alguien se fue, alguien llegó; qué ha cambiado alrededor de ti en este último año?

J: vale, me está comentando que se le ha cambiado muchas cosas. Se le ha cambiado los amigos pero se cambió a mejor, tiene...está mejor que antes

MA+3POSTM3ALTSI

A: entonces ya...y...la vida como ahora está casado y ya tiene su mujer, pues nada, que ahora se ha cambiado un poco la vida porque antes vivía con Mohamed, con los otros chicos; ahora ya no vive con Mohamed, vive con su mujer en su casa, que se le ha cambiado un poco la situación

E: aja. Y ¿cómo sientes tu esos cambios, sientes que estás mejor, sientes que estas peor que el año pasado?

A: no, ahora mejor

E: estas mejor, ¿no?

A: si, mejor

MA+3POSTH7ALTSITEMP

En algún caso, encontramos que aunque las condiciones laborales no sean muy óptimas, el paso del tiempo en España les ha permitido ampliar su grupo de amistades.

E: o.k, muy bien. Cuéntame L, ¿qué cambios has percibido en tu vida, desde que yo vine la última vez: en términos de trabajo, en términos de familia, de amigos, lo que es...tu entorno, tu cuestión...cómo ha cambiado?

L: que...por tema de...los cambios ella...si dicen cambios por tema de trabajos; desde que vino a España no encontró trabajo, no está trabajando, y, por tema de la vida pue...por tema de vivienda ella se ha cambiado un poco a...antes vivía en otra habitación ahora vive en esta habitación, alquiló otra habitación para otra mujer pa'que...la ayuda socialmente, le ayuda con la vida y que...que bien. Por tema de los amigos ella tiene ahora más amigos, piensa más amistades que antes; cuando vino a España no tenía ninguna amistad pero ahora de ahí está teniendo más amistades

MA+3POSTM9ALTSI

Es muy interesante el hecho de ampliar el grupo de amigos y amigas y que sean de nacionalidad española. Da una percepción de mejora del acceso a la sanidad, unido por supuesto a la ventaja de que los amigos/as manejen el idioma.

E: y...ese aumento en la red social, en el número de amistades y de personas...pues...¿ayuda o afecta en algo a la atención sanitaria, al acceso...para bien, para mal o cómo va eso?

L: que..que bien, porque..muchas ve...como no sabe la lengua española pues tiene amigas que le van con ella y le ayudan a traducir en el centro de salud.

MA+3POSTM9ALTSI

Por último, también encontramos discursos sobre el empeoramiento de la red social. Esto se debe fundamentalmente a que debido al detrimento de las posibilidades laborales, muchas de las personas migrantes que estaban dentro de su entorno de amistad y apoyo han retornado a sus países en los últimos años.

E: o.k. Muy bien. Y en lo que es el entorno socioeconómico; digamos, ya no solamente tu situación laboral sino tu ambiente, tu barrio, la gente que rodea más o menos, colegas...y esto

C: pues...sinceramente ha ido a peor:

E: ¿en qué sentido?

C: ha ido a peor. Pues te comento, gente que toda la vida había estado trabajando se ha quedado sin trabajo y ha tenido que irse fuera a trabajar...por ejemplo; ehh...personas que no han trabajado nunca...nunca y...justo de ahí me acuerdo que el hermano cuando salía la ley ehh...tenía la preocupación de que iba a pasar...sí...sí se va a quedar sin atención médica ¿qué?...

E:claro

C: ¡nunca había trabajado y tiene treinta años!, nunca, jamás, ni un día, ni un contrato en práctica, nada...con treinta años. Ahora sí...formación, formación, formación...entonces...ves la preocupación de la gente, el...la frustración; incluso lo que más es como...como que la gente está...ehh...totalmente que...que...que tiene una indefensión muy grande...muy, muy grande

RU+3POSTM9GRTSI

Cambios en los patrones de uso de los servicios (frecuencia, horarios o servicios más usados, acompañamiento).

En cuanto a los cambios en el patrón de uso de los servicios, en los últimos años, parece que ha disminuido la frecuentación por diferentes motivos, por ejemplo por incompatibilidad con los horarios de trabajo o por temor a no ser atendidos/as.

E.: Muy bien. ¿Has percibido en las últimas asistencias M sobre todo en esta última, alguna cosa que te haya llamado la atención, algo que fuera diferente en la atención sanitaria de lo que era antes, hace dos años o hace más tiempo, no sé si has notado algo en cualquier aspecto que te llamado la atención, algún cambio?

Traductor:(HABLA CON M EN ÁRABE) Ya desde que el año pasado ya no se va mucho al centro de salud, por tema de trabajo y por tema del tiempo

MA+3POSTH5ALTSI

En el caso de las personas entrevistadas, algunas de ellas se han cambiado de domicilio y por lo tanto de centro de salud de referencia, lo que ha hecho que mejore su posibilidad de acceso a los servicios.

E: si, si, si. Que...en estas atenciones de las que hablas, estas últimas, ¿percibes que ha habido algo de diferente con las veces anteriores, antes de que yo viniera, con la atención?

L: que dice que ella antes tenía el centro de salud en El Ejido y no...y no iba por tema de los autobuses, todo eso. Pero ahora que tiene...el centro de salud aquí, dice que tiene su médica que es muy buena gente; pero la otra médica, que hay en otras consultas, la otra médica, dice que la gente habla mal de ella porque no trata bien la gente.

(...)

L: que...el acceso lo está viendo normal

E: aja. ¿En comparación con...con...el año pasado cuando vine?

L: que el año pasado no iba al centro de salud porque como vivía tan lejos, por eso no iba. Y ella lo está viendo que mejor

L: que...lo que está diciendo L es muy importante...que ella antes tenía el médico de cabeza en El Ejido

E: aja

L: pero lo ha cambiado aquí en San Agustín

E: aja

L: y tiene médico por la mañana de...de...de...ocho de la mañana hasta las dos de la tarde

(...)

E: sí, sí, sí. **Que...en estas atenciones de las que hablas, estas últimas, ¿percibes que ha habido algo de diferente con las veces anteriores, antes de que yo viniera, con la atención?**

L: que dice que ella antes tenía el centro de salud en El Ejido y no...y no iba por tema de los autobuses, todo eso. Pero ahora que tiene...el centro de salud aquí, dice que tiene su médica que es muy buena gente; pero la otra médica, que hay en otras consultas, la otra médica, dice que la gente habla mal de ella porque no trata bien la gente

MA+3POSTM9ALTSI

Otras personas verbalizan que la complicación en los trámites, o el tener alguna dificultad por ejemplo en la posesión de la TSI, hace que se deje de acudir a los centros sanitarios.

E: y porqué te...ose, ¿qué explicación te dieron, porqué antes te atendían y después ya no

J: dice que él ha tenido a...ayuda, por tema de prestaciones que ha... tenido una prestación de ayuda; después de tener la prestación han pasado seis meses, le han quitado la tarjeta sanitaria. Le han dicho si quiere que viene al médico, te tienes que ir a la seguridad social pa' llevar una tarjeta firmada para que pase al médico; como hizo L, L le certificó David (el asistente social) a través de una tarjeta, de un papel que lo certificó en la seguridad social para poder pasar al médico...pero él no fue

E: vale...mmm...por aquí...Entonces, desde esa última vez no has regresado a los servicios de salud ¿a ninguno: ni hospital ni centro de salud?

J: no

E: ¿pero...por ese motivo o por otra razón?

J: dice que nada, que no fue por tema del alta...

MA+3POSTH3ALTSI

E.: Ajá. Bien. Crees que, que ha cambiado en algo tus posibilidades de acceder a otro nivel, digamos, ¿cuándo quieres ir al especialista, es más difícil ir ahora que antes, o igual de fácil o igual de difícil, que antes?

M: Creo ahora más difícil que antes, ¿no?

E.: Más difícil que antes ir al especialista ¿Por qué te parece que es así, o que crees que ha hecho más difícil?

M: Pues por la crisis, pues dicen que no, no, como no hay dinero, para, investigaciones, pues, menos acceso a.

E.: Muy bien. Y este, me dices que es, te parece que es más complicado que antes acceder al especialista, ¿más complicado que cuando, ese antes, cuándo, cuándo era más fácil digamos, hace cuánto tiempo?

M: pues, hace 5 años, cree que era más, fácil, llegar a una especialista. Ahora... puff..

M: Ahora ni siquiera lo pides

RU+3POSTM7GRTSI

También encontramos verbalizaciones que describen situaciones en las después de vivir la experiencia de la negación de algún servicio o alguna dificultad de acceso hace que las personas no acudan otra vez. Muchos de estos hechos se cuentan en tercera persona.

C: pues...en términos generales? Más o menos igual, más o menos igual. O obstante, creo que la gente va...va a sentirse reacia a utilizarlo, lo van a utilizar poco; te lo digo por lo que he leído en el...fue un...un artículo...había como una...una protesta del...de algunos profesionales, creo que había ocurrido en Sevilla entonces...se me quedo grabado el caso de una mujer que tenía que pedir medicación que le...le dieran la receta para pedir la medicación para su padre que tenía una enfermedad grave y era...medicación para los dolores, y no lo consiguió ese día... no lo consiguió. Entonces, ya la gente se va a sentir decepcionada creo yo; aunque este ahí, la atención este ahí...y aunque tengan acceso...pero como todo esta tan apretado creo que lo que va a pasar es que la gente los va a utilizar menos

RU+3POSTM9GRTSI

Cambios aprendizaje del idioma

En cuanto al manejo del idioma, las personas entrevistadas coinciden con la opinión de que conocer el idioma mejora el acceso y el trato que se recibe en los centros sanitarios. También coinciden en que el manejo del idioma facilita las gestiones en cualquier institución. Este resultado es igual al de la primera fase, por lo tanto, se expone por ser un resultado destacable aunque no sea un cambio.

E: Aja, muy bien. Estábamos hablando también de, bueno del entorno ¿no?, lo del trabajo y lo que había cambiado en ti, y pienso, me pregunto pues ¿cómo es la relación H de tu manejo del idioma con el acceso a la salud, crees que afecta en algo el hablar o no mejor, con el acceso a la salud?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dice que, si hablas el idioma te defiendes, muy bien dentro del centro de salud

E: Pero te defiendes tú, evidentemente si hablas el idioma te defiendes mejor, pero frente, frente al trato que te dan los profesionales o a las posibilidades de acceso, afecta hablar el idioma o no, es decir, ¿tratan mejor a un marroquí que hable español que a un marroquí que no lo hable o da igual?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H) Me está diciendo H que dentro del centro de salud uno que habla no es igual que uno que no habla, uno que habla le atienden mejor porque lo comprenden lo que quiere, y uno que no habla, aunque el habla, le dicen espérate tu turno, quédate ahí, le retrasan el acceso, y, uno, los españoles, por tema de los españoles dicen que son muy relajados, también espera su turno, nosotros dice, dice que nosotros los marroquíes somos muy alterados, a, no podemos esperar más de dos horas, nos quedamos tan, muy alterados

E: Claro. Aja. Muy bien, ¿y esto pasa, esto es, pasa desde siempre, o es más reciente o como ves esto?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H) Eso es desde siempre

H: (HABLA EN ARABE)

Traductor: Dice que no sabe hablar que lo pasa muy mal, falta

MA+3POSTH3ALTSI

E: Claro. Y cómo, que relación vez entre tu aprendizaje del idioma y la cuestión de la salud, qué relación hay entre que sepas hablar más o menos español y cuando vas al centro de salud al hospital.

Traductor: (HABLA CON M EN ÁRABE) Que se te va por ejemplo, ahora si aprende español te vas al centro de salud pues tienes más palabra para aprender, tiene más relación con los médicos y tú puedes explicar bien

M: (HABLA EN ÁRABE)

Traductor: Que en el centro de salud que si no te ven aprendiendo español, si no te ven hablando español pues hay una diferencia de relación, por ejemplo si te ven hablando español pues saben que tú puedes hablar puedes defender:

M: El más problema es, sabe, estudiar, en la escuela, si te aprende puede conectar con gente y normal y entiende las cosas muy, sabes, muy claras

E: Aja. Y como ha ido eso, es decir, como ha evolucionado, ¿había más clases antes, hay más clases ahora?

Traductor: Que dice que M que el estudio es importante el estudio del idioma español es muy importante. ¿Que decía Dani, la pregunta?

MA+3POSTH5ALTSI

E: aja. Y esto del idioma ¿cómo va, cómo llevas el aprendizaje del idioma, cómo sientes que el idioma te afecte el acceso a la salud: crees que podrías ir sola o... cómo va esta parte?

L: que... que el aprendizaje del idioma es algo fundamental, que lo va a necesitar; no solamente en... dentro del centro de salud, en todas las instituciones que te... que va a ir te hace falta las idioma español.

E: aja. Y ¿tú cómo lo llevas, cómo llevas ese aprendizaje, cómo te sientes?

L: que... si, está llevando a través de unos libros para aprender español pero que no le ayudan nada

MA+3POSTM9ALTSI

Uno de los cambios que se han dado en cuanto al idioma es que debido a la crisis hay muchas menos clases de español disponibles para las personas que no lo hablan.

A: escribir, ehh... un poco hablar; pero... cuando yo vine aquí, en dos mil dos. No trabajo por eso no... No conoce gente español por eso no puedo, no...

E: aja. Y estabas estudiando el español, dónde, ¿en clases de español aquí?

A: aquí, si

E: y ¿siguen todavía esas clases?

A: no, no...

T: el año pasado ya no... Volvieron las clases

A: desde de que... hay crisis no

E: pero... ¿quién las daba: el ayuntamiento, las daba una ONG o...?

T: bueno, hubo clases siempre del ayuntamiento pero el año pasado sin ninguna atención, no hubo ninguna clase del ayuntamiento.

E: aja

T: pero en el dos mil diez y dos mil once hubo clases del ayuntamiento y la diputación

A: diputación almeriense

MA-3POSTM4ALTSI

Usuaría no entrevistada anteriormente

Cambios en la confianza y adherencia a los tratamientos recibidos

Los últimos cambios en el acceso a la asistencia sanitaria y la multitud de informaciones acerca de las crisis y los recortes han hecho que muchas personas estén perdiendo la confianza en el sistema y por lo tanto, en ocasiones, dejan de acudir al mismo.

Las razones por las cuales se va perdiendo la confianza se relacionan por un lado con la situación personal de estrés y de dificultad socioeconómica de las personas usuarias y, por otro lado, la percepción de que los/as profesionales tienen más presión laboral. Todo ello genera situaciones en las que disminuyen las ganas o el ánimo y la confianza para acercarse a los servicios sanitarios y solicitar asistencia sanitaria.

C: y acompañe a personas que estaban en riesgo de exclusión, que habían pedido a servicios sociales ayuda y por ejemplo acompañe a una familia a... bueno pues a que... realizara una intervención quirúrgica al hijo ¿no?, era una operación de los ojos. Entonces... si en ese momento... de bonanza económica que estaba todo bien era difícil y no comprendían ni cómo funcionaba el sistema, ni las consecuencias de recibir atención, de no recibirla... todos los aspectos que puedan tener que ver con el sistema sanitario y con el sistema en general de la sociedad española; pues ahora les va a costar más trabajo, creo. Sobre todo porque... yo te puedo hablar de mi experiencia, como persona de afuera, como extranjera; cuando te encuentras con tanto estrés, con tanta dificultad, cuando los profesionales ellos mismos tienen la presión y... y... están... pues... pues con una carga con un peso ¿no? porque el trabajo pues... se hace de otra manera, no te sientes con ganas de acercarte... no sientes ánimo, no tienes la confianza para acercarte y para... para pedir la atención sanitaria. Entonces me imagino que una persona... que viene aquí, que tiene dificultades para encontrar trabajo, que está fuera de su entorno, le va a costar muchísimo más trabajo que antes...

E: claro

C: y más sabiendo que no tiene derecho siquiera

E: es decir... disculpa, ahí vendrían dos cosas: una cosa es mmm... esto que me estás valorando que es... el cambio o la modificación de la condición de acceso respecto a... antes de las medidas ¿no?

C: exactamente. El hecho de ahora ya no tengan derecho es una barrera más todavía; ya tenían de por sí barrera por la falta de conocimiento, falta de información, y ahora la barrera es doble porque una vez que tengan conocimiento, si lo que les van a decir es que no tienen derecho...

RU+3POSTM9GRTSI

E: Sin ambulancia. Aja. Muy bien. ¿Y no sé, pregúntale de esto que le ha pasado si esto que ha pasado con la retirada de su mujer y todo esto, si lo ve como algo, un caso particular o

si cree que está embarcado dentro de un cambio grande del sistema, o si le está pasando a más gente o si están cambia, o si es algo de un caso de ellos normal?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Que dice que ya eso es algo global, todo el mundo le pasa eso, hay muchos problemas, que hay, la gente ya no encuentra el descanso, ya no confía en el servicio de salud.

E: Eso te iba a preguntar. ¿Si confías o no en el servicio de sanitario, si crees que cuando tú te pongas malo, ellos tienen las herramientas para tratarte y si te van a tratar?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Que H no confía en los servicios de salud porque ya dijo antes que tenía pendiente hacer una operación y no pues, el no quiso hacer la operación porque la médica no le garantizo que 100 por 100 va hacer esa operación va salir bien, entonces él al ver la médica que no le garantizo que le va a salir la operación 100 por 100, tuvo un miedo, y desconfianza, ya no confía en los servicios de salud en el poder que esa medica que le va hacer la operación y le va a salir bien

MA+3POSTH3ALTSI

Esta pérdida de confianza a veces está unida a alguna experiencia personal negativa, como relata una de las personas entrevistadas que perdió a un hijo y esto hizo que perdiera la confianza que tenía hasta ese momento.

E: Aja. ¿Esa confianza se ha reducido últimamente o nunca has confiado en el servicio, o antes si y ahora no, como ha sido eso?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H) H me quiere contar una historia, porque tuvo dos niños gemelos, ninguno prematuro, uno murió y otro sigue vivo. Y dice, que desde ahí ha tenido desconfianza, ya no confía en los serv, pero dice si nos va a contar una historia que es muy larga, sobre ese niño como se murió (HABLA EN ARABE CON H)

MA+3POSTH3ALTSI

Por último, una de las personas entrevistadas afirma que optó por un sistema privado de salud porque el sistema público no le satisfacía todas sus necesidades.

C: yo creo que...antes desde luego yo no sentía que mis necesidad eran satisfechas por el sistema, para nada...para nada, por eso mantuve la atención sanitaria privada. Porque sobretodo en este...en mi caso de lo que se trata no es de recibir un tratamiento sino...prevención y revisiones, eso es lo que en este momento necesito del sistema y eso no lo voy a recibir: Y si antes no lo recibía, ahora tengo menos expectativas de recibir...ese tipo de atención y de sentirme satisfecha con el sistema.

RU+3POSTM9GRTSI

Cambios en el uso de otras medicinas.

La búsqueda o cambio a otros tipos de medicina no es un discurso generalizado en las entrevistas realizadas. Solo una de las personas entrevistadas afirma que en el último año y medio no ha acudido a los servicios de salud por haberlo sustituido por el uso de productos naturales. Hay que apuntar, que en el caso concreto de esta persona, ella se está formando en esta área.

E: Muy bien. Pues C te acordaras que hace ya casi dos años, pues te preguntaba un montón, un montón, un montón de cosas sobre todo lo que pensabas de la salud y todo eso, teniendo en cuenta eso que hablábamos la vez pasaba, pues la idea es ver más o menos lo mismo pero en este último año o año y medio. ¿Cuéntame, en este último año, año y medio, cuantas veces has acudido o porque motivos has acudido a los servicios de salud?

C: En estos dos años yo no he acudido, sinceramente ninguna vez al médico,

E: No has ido al medico

C: Yo se lo digo así, no he ido. Porque no he tenido ningún problema de este, como tengo los productos naturales pues así que no he tenido la oportunidad de llegar al médico. He tenido intención de ir una vez, pero después no he ido.

E: Que te sentías mala, pero

C: Si, sí, sentía un problema de los nervios, aquí encogido en las rodillas y eso tenía una inflamación, inflamaciones en los nervios y por eso pensaba ir, pero último caso como yo me he defendido con esos productos pues no he ido.

E: ¿Y te ha funcionado bien con los productos, te ha, te sientes bien?

C: Si muy bien. Si me siento bien muy bien, me han funcionado, esto

E: ¿Entonces no has acudido ni una vez?

C: No he acudido

BO+3POSTM4SETSI

En este mismo caso, esta persona afirma que el cambio a la utilización de productos naturales fue originado porque percibió que la atención no es lo suficientemente rápida cuando se precisa.

E: Me dijiste que te caíste, que te caíste y te molestaste la...

C: Sí, sí, fractura de tobillo, sí casi. Suerte que no, pero eso, sí que me han tratado muy mal, le dije no en Camas

E: Aja en Camas, que te dijeron que no te podían atender ahí, que...

C: Que no quieren, que no podían atender que tenía que venir aquí a mi médico de cabecera, y, y, y por todo eso es que yo más he acudido ya a estos productos naturales por todo eso, porque es que no, no hay un auxilio rápido, no hay atención de emergencia, rápido, entonces, yo fui con mis pies hinchados todo mal, y trabajando yo ahí en Camas, yo creo que tenía todo el derecho, no estoy empadronada allí, pero tenía todo el derecho de atenderme bien la, la doctora, pero me ha reñido un montón, me ha atendido pero me ha reñido, me ha reñido un montón todavía, me ha reclamado lo mismo, como dicen las otras que, y teniendo yo mi... cotizando y eso sí.

BO+3POSTM4SETSI

5.2 Resultados Objetivo Específico 3b

Comparar la percepción actual de los agentes principales con los resultados obtenidos en primera fase del proyecto, realizado entre 2011 y 2012.

5.2.1 Entrada al sistema y TSI

En general, en lo que se refiere a la entrada al sistema y la obtención de la TSI la percepción y las opiniones sobre el acceso al sistema de las personas entrevistadas no se han modificado de forma sustancial entre las dos primeras fases de la investigación:

El primer periodo se comprende entre mayo y diciembre de 2011. En este periodo en Andalucía se habían producido los recortes de mayo 2010 del gobierno de Zapatero, con especial relevancia de la reducción del salario de funcionarios y funcionarias del estado.

En el segundo periodo, comprendido entre finales de 2012 y marzo de 2013, lo más relevante es la publicación del Decreto Ley 16/2012, junto a algunas reducciones de salarios más y nuevas reformas que afectan al sector de los servicios públicos.

En general, hay poco conocimiento sobre el sistema y su funcionamiento en ambos periodos. En el primer periodo destaca el desconocimiento como barrera, sobre todo para recién llegados.

Me he enterado un poco más, algo. Sí, porque cuando llegué yo no sabía nada pero ya por lo menos sé un poco más y todo eso. [E. ¿y cuáles han sido las fuentes de información para este conocimiento?] El boca a boca de las personas.

Bo+3PreM7SeTSIno

Pues si vas a quizá, pienso yo que cualquier cambio que podía hacer intervenido era al ir al servicio de urgencias por, insistir más en si tienes, si esta regularizada tu situación, en pedirte la tarjeta sanitaria, sin embargo eso siempre ha sido así. Es decir, no, puedo decir que no he notado tipo de cambio.

RU+3POSTM9GRTSI

En ambos periodos hay una fuerte vinculación del acceso al sistema sanitario a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) y las personas entrevistadas hablan de problemas de acceso referidos a terceras personas. En la mayoría de los casos comentan que los problemas se resuelven.

Vinimos con el visado y resulta de que lo primero que hay que hacer al llegar aquí es poner en orden la tarjeta. Eso es lo primero.

Bo-3PreH8SeTSI

Pero normal ¿no?, me han atendido normal porque yo llevo ya, si ya un año que estoy, si exactamente un año que estoy, desempleada, y el rumor no, que se corría y además por las noticias y el rumor que se corre, esto de que, de que el que no esté aportando a la seguridad social no se va a ser atendido, pero sí, me han atendido muy bien, porque, además de que digo yo, la tenemos ahí a, nuestra amiga la trabajadora social .

BO+3POSTM8SETSI

Los informantes no mencionan mucho la entrada al sistema. Cabe destacar que se les pregunta por ella suelen responder con asuntos más relacionados con la entrada a los servicios.

No obstante, algunos comentarios -especialmente de informantes de Marruecos- nos hablan de cómo la TSI está fuertemente relacionada con las posibilidades de estar en situación regularizada y/o tener un trabajo; En la segunda fase, las crecientes dificultades en ambos ámbitos, dicen, hacen más difícil el acceso al sistema, y por ende, tiene repercusión en su salud.

Me parece que, en la parte de que si estás cotizando, ahora te preguntan ¿estás cotizando? y si dices, no estoy... entonces tienes que buscarse un... apoderado para que te... para que se le pueda atender:

Bo-3PreH8SeTSI

(...) porque él en su caso tiene la tarjeta sanitaria y no está de alta en la seguridad social porque no está trabajando. Dice que él no puede visitar al médico porque le han dado de baja en la seguridad social porque no tiene contrato de trabajo.

Ma+3PreH3AITSI

Las pocas personas sin TSI en ambos periodos mencionan el haber recibido factura de cobro y no haber sido atendidas. Dado que la mayoría de informantes tenían TSI, los aspectos relacionados con la carencia de la misma están menos destacados en la segunda fase.

Pues la verdad a la salud gracias a la seguridad social porque ya te digo que mucha gente que no paga su seguridad social y les están cobrando hoy en día por todos los servicios sanitarios que se les está dando.

Bo+3PreM7SeTSI

Yo creo que...bueno cuando tuve un accidente de coche me llevaron directamente a urgencias. Y cuando Rumanía no era parte de la Unión Europea pues al principio no nos obligaban a tener un seguro privado pero tampoco...si teníamos acceso a la Seguridad, vamos a la sanidad pública teníamos que pagar. Entonces la única forma era yendo a urgencias y yo te voy a ser sincera, dando una dirección que no era la mía. Porque no...por una consulta te pedían 150 euros o algo así, que me parecía una barbaridad.

Ru+3PreM8GrTSI

A continuación detallamos la información relativa a este tema:

5.2.1.1 Provisión de Información de entrada al sistema

En el periodo comprendido entre los años 2010 y 2011 la información acerca del acceso al Sistema Sanitario Público era provista fundamentalmente por familia y redes sociales. Tanto la familia como otras personas de la red social de las personas entrevistadas eran quienes recomendaban el contacto con asociaciones y organizaciones que también proveían información.

Aunque la percepción general era que los servicios tenían una actitud abierta, las personas entrevistadas comentan que había poca información desde las instituciones y se habla de miedo a que esta información no sea veraz. Se habla de poco conocimiento específico de trámites y requisitos.

Yo que es asumir riesgos al fin y al cabo, porque bien te informas, intentas conseguir información y aquí otra vez la pides a los amigos y conocidos que por lo demás poco te pueden informar:

Bo+3PreM7SeTSI

Esta desconfianza y este desconocimiento llevan a generar miedo de intentar acceder al sistema.

Y había sido porque, dice, el temor que existe de no ser atendido, dice, no, ay es que luego, por ahí se me enferma mi niño y no está esta persona disponible para que me pueda acompañar, y a mí no me van a querer atender sola. O sea, crean ese miedo a la persona más, y eso hace que no acudan, ¿no?

Bo+3PreM6SeTSI

Por el contrario, el conocimiento acerca del funcionamiento del sistema sanitario público y su funcionamiento, según la opinión de las personas entrevistadas, se asocia a sensaciones de seguridad y tranquilidad.

Sí, yo conforme que ha pasado el tiempo y he tenido más contactos y sabido más y estoy más informada y tengo más manejo de todo. Me siento con más libertad de ir, con más tranquilidad y con más derecho incluso.

Ru+3PreM9GrTSI

En el periodo comprendido entre los años 2012-2013 también hay resultados acerca de la percepción de confusión en cuanto a la entrada al sistema. Hay cierta confusión con la documentación necesaria para entrar al sistema. En este segundo periodo esta confusión parece más acusada. En este caso, más que el miedo a acceder al sistema parece que hay la creencia de pérdida de acceso al sistema por problemas con la documentación y por la confusión en la aplicación de las nuevas normativas derivadas del RDL 16/2012.

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dice que ahora por el tema de cambios de papeles, renovación, piden muchos papeles, pierden, empadronamiento, piden eh escritura de la casa, pierden que salga, que salga lo que es los servicios sean de pagar en la casa, que piden mucho papeleo para renovar la tarjeta sanita, la tarjeta de la residencia

RU+3POSTM9GRTSI

5.2.1.2 Trámites y requisitos obtención TSI

En el primer periodo, los resultados acerca de los trámites y requisitos para la obtención de la TSI hablan de que para algunas personas se trata de un proceso sencillo. Lo relacionan con la tarjeta de residencia en el caso de las personas en situación regular y el empadronamiento en el caso de las personas en situación irregular.

El proceso fue bien y lo ha solicitado en un centro de salud. [E. ¿Cuánto se le demoró, si fue fácil o difícil de hacer?] Fácil. [E. ¿Cuánto tiempo se le demoró?] 15 días.

Ma-3PreH3AITSI

Tanto en la primera como en la segunda fase, hay verbalizaciones acerca de las exigencias de estar cotizando y de tener residencia legal para poder acceder al sistema sanitario.

Pero, en lo que he tenido problema es por... por expresamente por la tarjeta de residencia. Porque... no ha sido..., o sea, en todos estos años he metido varias veces, me los han denegado los papeles, pero esta vez estoy metido por medio de él. Me pedían un aval que hemos metido la documentación de él y con eso tuve muchos problemas un mes atrás, por nada más que eso, que no me la querían dar e iba y me salían como que una cosa, luego con otra, con otra... hasta que al final me la han dado.

Bo+3PreM8SeTSI

E: y la tarjeta de Salud ¿tienes?

F: Si, pero ya no vale.

E: ¿Por qué?

F: Porque si no tengo o no estoy asegurada no...

Ru-3PostM7GrTSIpas

5.2.1.3 Estrategias de obtención de la TSI

Las estrategias empleadas en ambas fases no varían. Generalmente, se tramita a través de una solicitud en el Centro de Salud, como beneficiario/a de un familiar; a través de alguna organización, principalmente Cruz Roja, y en alguna ocasión con ayuda de la persona que les emplea.

Me parece que, en la parte de que si estás cotizando, ahora te preguntan ¿está cotizando? y si dices, no estoy... entonces tienes que buscarse un... apoderado para que te... para que se le pueda atender.

Bo+3PreM6SeTSI

Hay pocas menciones a trámites recientes de obtención de la TSI en el segundo periodo, porque las personas entrevistadas llevan bastante tiempo en Andalucía.

5.2.1.4 Posesión de la TSI

En los dos periodos la TSI se considera como el documento facilitador de entrada al sistema per se. No obstante, aun teniendo la TSI en ambas ocasiones se alude a problemas por no estar cotizando o con la TSI temporal.

(...) porque él en su caso tiene la tarjeta sanitaria y no está de alta en la seguridad social porque no está trabajando. Dice que él no puede visitar al médico porque le han dado de baja en la seguridad social porque no tiene contrato de trabajo.

Ma+3PreH3AITSI

Traductor: (HABLA EN ARABE CON MARCO) Si de aquí, que estaba escuchando solamente de, de, de la tarjeta sanitaria que estaban diciendo que la gente que no tiene permiso de residencia no tiene derecho de acceso sanitario, y la gente que no está trabajando y no está cotizando en la seguridad social le quitan la tarjeta sanitaria, eso que está escuchando de aquí

MA+3POSTH7ALTSI

5.2.1.5 Consecuencias de no tener TSI o tener TSI en pasivo (por no estar cotizando)

En el primer periodo se habla de algunas consecuencias por no tener la TSI. Se habla de cobros por servicios, de la entrada al sistema por urgencias, de la TSI como barrera en la Atención Sanitaria, de negación de la atención y de miedo a acudir a los servicios por alguna experiencia previa negativa o por miedo a no recibir atención sanitaria.

Pues la verdad a la salud gracias a la seguridad social porque ya te digo que mucha gente que no paga su seguridad social y les están cobrando hoy en día por todos los servicios sanitarios que se les está dando.

Bo+3PreM7SeTSI

Vale dice que hasta ahora no tiene ningún problema ella sabe que en urgencias atienden a toda la gente. Pero dice que lo único la pega que le hacen es por la tarjeta sanitaria y cuando le dicen que no dice que no tiene nada que hacer; vuelve.

Ma-3PreM3AITSIIno

En el caso de la TSI en pasivo hay muchas verbalizaciones que comentan que a pesar de tener la TSI en pasivo o no tenerla, la atención ha seguido siendo normal, incluso en la dispensación de recetas o medicamentos.

Pero normal ¿no?, me han atendido normal porque yo llevo ya, si ya un año que estoy, si exactamente un año que estoy, desempleada, y el rumor no, que se corría y además por las noticias y el rumor que se corre, esto de que, de que el que no esté aportando a la seguridad social no se va a ser atendido, pero sí, me han atendido muy bien, porque, además de que digo yo, la tenemos ahí a, nuestra amiga la trabajadora social

BO+3POSTM8SETSI

No obstante, en el segundo periodo emerge con más fuerza la creencia de que no se va a obtener atención. Aunque oficialmente la normativa ampara una atención normalizada con TSI pasivo, en el segundo periodo se verbalizan casos de no atención, incrementándose en torno a la aplicación del RDL.

E: Pero normal ¿no?, me han atendido normal porque yo llevo ya, si ya un año que estoy, si exactamente un año que estoy, desempleada, y el rumor no, que se corría y además por las noticias y el rumor que se corre, esto de que, de que el que no esté aportando a la seguridad social no se va a ser atendido, pero sí, me han atendido muy bien, porque, además de que digo yo, la tenemos ahí a, nuestra amiga la trabajadora social

BO+3POSTM8SETSI

Cabe destacar en este apartado de entrada al sistema, que aunque el RDL 16/ 2012 dejaba exentos a menores de cualquier restricción, se ha verbalizado un caso de no atención a menores.

Podemos afirmar que, generalmente, entre marroquíes y algunas personas rumanas, está difundida la noción de que no se atenderá a quien no tenga alta en la seguridad social, así como se ha comentado anteriormente. Esta idea parece menos arraigada entre las personas bolivianas, que parece que están mejor informados.

F: po...Digo yo unos seis meses por ahí, sí. Bueno después le mandaron por correo que tiene que pagar la consulta o que se tiene que llevar allí la tarjeta sanitaria o...algo; sino le mandan a pagar la...

E: la consulta

RU-3POSTM5GRTSI

Ev: Si porque también había otros casos de que, de que alguna le cobraron, porque se había fracturado, el tobillo

E: ¿Le cobraron?

Ev: Le cobraron, le llevo la factura me decía

E: ¿Pero a donde acudió a Urgencias?

Ev: A urgencias

BO+3POSTM8SETSI

5.2.2 Entrada a los servicios

En general, los dos periodos siguen mostrando un acceso donde la TSI es el elemento fundamental, en torno al que se consigue la entrada a los servicios. En los dos periodos, tanto ahora como antes, aparecen quejas generalizadas sobre dificultades en el acceso a servicios o centros sanitarios concretos. Una parte significativa de dichos casos está relacionada con la TSI en pasivo, en los tres grupos de informantes.

Un resultado relevante es que tanto en personas bolivianas como en personas de Rumanía aparecen comentarios acerca de reducciones en las coberturas sanitarias, aspecto que raramente se vio en el primer periodo.

A: Es que no lo sé, no tengo ningún tipo de dato, no he leído ningún tipo de informe relación a esto, entonces la verdad que no sabría decirte en qué medida se ha visto afecto, lo único que he visto es en la tele, sí, personas que ya no están, con enfermedades crónicas, algunas con enfermedades terminales, que dejaban de estar cubiertas, y es una tragedia. Y no más allá de esto no

RU+3POSTM9GRTSI

En el primer periodo se mencionaba la falta de personal suficiente en los servicios. En el segundo periodo se comenta la percepción adicional de esta falta con respecto al primer periodo.

Lo bueno, pues la sanidad. Estoy muy contenta de todo de la sanidad de aquí en España. No me puedo quejar absolutamente de nada, porque yo valoro muchísimo lo que hay aquí. Y lo que habría que cambiar pues nada, más personal y más puntualidad. Lo único, pero por lo demás... Yo agradecidísima con todo lo que hay aquí. No puedo pedir más.

Bo+3PreM7SeTSI

A: Bueno, un amigo, una amiga puso hace unos, unas semanas en Facebook algo como que la niña tenía fiebre, que se fue al centro de salud y que no había pediatra porque no lo habían...

E.: No habían hecho la sustitución, no

Aa: Si no habían cubierto la vacante o algo por el estilo

RU+3POSTM9GRTSI

A: Yo he tenido recientemente, en estas últimas dos semanas, yo si he visto en, un centro, en un hospital, no ha sido, en los últimos 6 meses no he frecuentado tanto no, pero, es muy diciente, es que se nota, faltan enfermeros por planta, hay una reducción bastante grande de personal, y eso los mismos pacientes se quejan

RU+3POSTM9GRTSI

En cuanto al conocimiento que se tiene de acceso a los servicios, destaca, de nuevo, que solo las personas de Bolivia tienen claridad sobre la falsedad de los rumores de no-atención y es la única comunidad con proceso organizativo estable.

W: gente de asociaciones, personas de asociación, de...de ciertos lugares, de ciertos sectores de barrios y todo eso; representantes casi...realmente

Bo+3PostH9SeTSI

283

Las personas marroquíes en general mencionan mejorías en los trámites en el segundo periodo.

E: ¿qué otras cosas han mejorado o...qué otras cosas, a parte de las citas más cerca, crees que ha mejorado?

J: vale, que...que. De...de momento (interrupción 0:09:01 – 0:09:06) que. Que de momento ella cree que todo está bien: que...las...citas se las dan a su tiempo, entra a su médico, coge su medicación por la enfermedad y que bien...todo bien me está comentando J

MA+3POSTM3ALTSI

Un último resultado general interesante a destacar en la reducción de los descuentos aplicados a los medicamentos respecto al primer periodo, verbalizado por usuarios marroquíes y rumanos.

L: que...que la calidad está bien pero el único problema es que los medicamentos, ya hay mucho medicamentos que no entran en la seguridad social, que da...que no tienen descuento de la seguridad social.

MA+3POSTM9ALTSI

5.2.2.1 Conocimiento del funcionamiento de los servicios

Fuentes de información y conocimiento sobre estructura del sistema y funcionamiento de los servicios

En cuanto a las fuentes de información de los servicios encontramos varias similitudes entre los dos periodos:

- Los patrones de fuentes de información ligadas a familiares y a redes informales, basadas básicamente en el boca-a-boca, parecen confirmarse en ambos abordajes.

Sí por ejemplo gestionar la cita... [E. exacto, de donde ha sacado esa información, quien le ha explicado como hacerlo, todo eso.] Gente que ella conoce que son marroquíes.

Ma+3PreH3AITSI

Però normal ¿no?, me han atendido normal porque yo llevo ya, si ya un año que estoy, si exactamente un año que estoy, desempleada, y el rumor no, que se corría y además por las

noticias y el rumor que se corre, esto de que, de que el que no esté aportando a la seguridad social no se va a ser atendido, pero sí, me han atendido muy bien, porque, además de que digo yo, la tenemos ahí a, nuestra amiga la trabajadora social

BO+3POSTM8SETSI

- En general se comenta que hay poca información, y que aquella que se obtiene es más por comentarios de personas y prensa que por información obtenida por fuentes oficiales, de las propias instituciones sanitarias.

Me he enterado un poco más, algo. Sí, porque cuando llegué yo no sabía nada pero ya por lo menos sé un poco más y todo eso. [E. ¿y cuáles han sido las fuentes de información para este conocimiento?] El boca a boca de las personas.

Bo+3PreM7SeTSIno

- En ambos periodos, aunque la información institucional se valora como escasa, también se valora como buena, acertada y con mayor detalle, por lo que proporciona mayor seguridad.

Básicamente no...o sea, por lo menos yo no he podido captar esa...ese...cómo se dice... cómo se puede decir ese...ese intención de querer difundir digamos ese sistema de sanidad. Por lo menos yo no lo he podido percibir así.

Bo-3PreH8SeTSI

Traductor: Dice que, Pedro, que a través de las manifestaciones, ve la tele, ve toda lo que está pasando, pero él no tiene ninguna información, que sabe, esa reforma de salud, no tiene nada de información

MA+3POSTH5ALTSI

- En ambos periodos se echa en falta información proveniente de los profesionales.

Dice que ella no sabe nada lo único que sabe que tiene que ir al médico cuando va dice que la reciben de buena manera y todo pero otra cosa no sabe.

Ma-3PreM3AITSIIno

Exactamente. Que no nosotros tengamos que buscar la información sino que nos llegue, no sé porque vía pero que se nos facilite, quizá en el mismo médico, en los centros de salud, en los medios de comunicación o una campaña específica no lo sé, pero quizá tampoco les interesaba que se notase tanto, entonces si la información no es la suficiente, y tampoco, te, no sé, si se, relacionarla con el cambio político que ha sufrido España con la crisis económica con todo un poco, pero creo que está ahí en ese punto no.

RU+3POSTM9GRTSI

- Los medios digitales son una fuente de información empleada en las dos fases, aunque sensiblemente menos en el primer periodo. El colectivo que más emplea la prensa escrita como medio de información es el rumano, y en concreto el perfil de persona rumana con estudios universitarios, fundamentalmente en formato digital.

E.: Vale. Mmm, ya me cuentas que tienes un poco, un poco los cambios respecto a los inmigrantes, ¿la fuentes de esta información ha sido solo prensa, prensa escrita, prensa televisiva?

A: Sí, eh, en los medios digitales

Ru+3PostM9GrTSI

Las diferencias a destacar son:

- En el primer periodo se habla de falta de formación ligada a la información, mientras que en el segundo solo se alude a la falta de información.
- Las ONG aparecen con fuerza como fuentes principales de información, mediación y apoyo en el primer periodo, mientras que en el segundo aparece un resultado muy curioso respecto a resultados anteriores de reducción del papel de las ONG, asociaciones y otras organizaciones civiles como fuente de información. Este resultado no se aplica al colectivo boliviano, donde el tejido asociativo es estable y fuerte.
- En el segundo periodo la televisión emerge con fuerza como fuente de información, lo que no significa que sea equivalente a ser considerada siempre como información veraz.

285

E: aja, aja...muy bien; ¿y que te cuentan, que te dicen más específicamente esas informaciones?

R: no, solo lo que ponían en la tele, que se le va a recortar al...a la gente...a los inmigrantes que estén...

BO+3POSTH8SETSI

Es que no lo sé, no tengo ningún tipo de dato, no he leído ningún tipo de informe relación a esto, entonces la verdad que no sabría decirte en qué medida se ha visto afecto, lo único que he visto es en la tele, sí, personas que ya no están, con enfermedades crónicas, algunas con enfermedades terminales, que dejaban de estar cubiertas, y es una tragedia. Y no más allá de esto no

RU+3POSTM9GRTSI

ehhh...en la tele lo han dicho...en la tele han dicho la gente que sin documentación van a pagar la sanidad

MA+3POSTM4ALTSITEMP

5.2.2.2 Factores relacionados con los servicios (AP/AH): Volumen y distribución de los Servicios

Servicios disponibles, infraestructura, personal, equipos

En ambos periodos se habla de la necesidad de profesionales. Así como se ha comentado anteriormente, mientras en el primer periodo se hablaba de la necesidad de más profesionales, en el segundo se habla más en concreto de reducción de personal. Se alude tanto la disminución de la plantilla en Atención Hospitalaria como la falta de sustituciones en Atención Primaria.

Más profesionales, se necesita más profesionales.

Ma+3PreM8AITSI

Si, faltaba vamos no habían cubierto, no sé el que es lo que pasaba con el pediatra que estaba asignado ahí y pues no lo habían cubierto, y no iba a haber pediatra durante unos días

RU+3POSTM9GRTSI

Otra semejanza es la valoración de los profesionales en el sentido más personal, es decir, se habla más de las diferencias entre personas, más que entre categorías o diferencias entre centros.

si, según con quién te encuentras. Te puedes encontrar con profesionales que son buena gente, te puedes encontrar profesionales de un carácter que ta' mal...

MA+3POSTH7ALTSITEMP

Por último, mientras en el primer periodo se hablaba de servicios suficientes aunque con puntos de mejora, y buena valoración de infraestructuras y equipos, en el segundo periodo ya se comentan recortes en la oferta de servicios, es concreto, disminución de infraestructuras y equipos (aunque este discurso no es totalmente generalizado).

dice que...el material de trabajo, las herramientas de trabajo ya...ya son menos...se notan que son menos que antes

MA-3POSTM4ALTSI

Usuaría no entrevistada anteriormente

Distancia a los servicios

En cuanto a la distancia a los servicios la percepción sigue siendo que los centros de salud están más cercanos geográficamente mientras que los hospitales lo son menos. En ambos periodos la distancia geográfica se relaciona con la situación propia de los usuarios.

Sí, o sea, hay de todo vamos. No necesito...ir a otro lado. Entonces lo tengo todo cerca... lo que es salud.

Bo-3PreM5SeTSI

Transporte público y soluciones de transporte

En la primera fase, hay muchas más alusiones a este tema, y en general también al coste generado por acudir a los centros sanitarios. Se evidencia una relación directa entre la distancia y el gasto. También se comenta que el transporte público es considerado insuficiente, es decir, no hay frecuencia suficiente como para que el acudir a los centros sea un trámite lo más corto posible.

Pues sí, la cercanía, porque como vivimos muy cerca yo lo veo muy bien. A parte del dinero no afecta mucho...

Ru+3PreM7GrTSI

Mmmm...sí, yo creo...bueno el lugar que vivo...de hecho me dista a los dos [hospitales] lados igual... al xxxx y aquí a la xxxx. [E. ¿está cerca?] Sí, de allá, en un coche digamos son 10-15 minutos no es más. [E. ajá...¿y para llegar andando?] No andando no, imposible. Tiene que ser en coche.

Ru+3PreM7GrTSI

5.2.2.3 Organización de los Servicios: Accesibilidad Organizativa y Económica (AP/AH)

Trámites (petición de citas, pruebas, cirugías, requisitos, miedos)

En ambos periodos hay comentarios acerca de la entrada por urgencias por la dificultades asociadas a la obtención de citas o porque así se lo recomiendan en los propios servicios.

(...) y tampoco en la recepción de estudiantes, nadie nos explicó, no nos dijeron qué podemos hacer en caso de tener enfermedades... También me imagino que tampoco uno sabía por dónde empezar; ¿no? Yo con la única información que tenía era con las personas que conocía aquí, que conocía que venían del mismo instituto que yo. Entonces, lo que me dijeron es que lo que haces es que te vas a urgencias.

Ru+3PreM8GrTSI

Ev: No. Entonces eso por ejemplo, no pueden, tener la tarjeta sanitaria, eso, también dicen que es a través de urgencias que tienen que ser atendidos

E: ¿Conoces muchos casos más de gente que haya ido al centro de salud y le hayan dicho que tiene que ir a urgencias?

Ev: Solo estos niños porque dicen que hay una normativa, no la conozco, y que tiene que hacerlo así a través

BO+3POSTM8SETSI

La mayor diferencia o cambio que se da entre las dos fases se relaciona con los trámites que hay que realizar o el aumento del tiempo que hay que esperar en relación a las peticiones de citas, pruebas u operaciones quirúrgicas.

Que son ágiles los trámites, que son ágiles.

Ma-3PreM4AITSI

W: y...y las de especialidad; que tarda mucho en...en comunicarles ¿no?

Bo+3PostH9SeTSI

En el segundo periodo a los trámites se les añade la dificultad de la interpretación que se hace del RDL por parte de los diferentes profesionales que les atienden.

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Dice su vecino de abajo tenía, su mujer que eh tenía baja en el alta de la seguridad social, y cuando fue acudir al cent, al centro de salud no la han dejado

RU+3POSTM9GRTSI

Horarios de atención

En cuanto a los horarios de atención, en ambos periodos, se comenta la dificultad de que no haya consultas por la tarde. La diferencia es que mientras en el primer caso o se verbaliza como demanda (que haya más consultas por la tarde), en el segundo se percibe como recorte, (reducción de horas de atención).

Pues los horarios, la verdad. Me gustaría muchas veces que mi médico tuviera dos tardes porque era un par de tarde que yo descanso. Pero nunca puedo coincidir que mi médico y yo coincidamos. Siempre tengo que ser atendida por alguien de urgencias o por alguien que no sea él. Entonces eso me impide para ver a cualquier...o acceder a cualquier médico que yo quiera que me atienda.

Bo+3PreM7SeTSI

En ambas fases se comentan las incompatibilidades del horario de atención con trabajo o familia, pero solo en el segundo se enfatiza el tema de la reducción de horas de atención per se.

pero...si...yo estado ha alguna reunión en un centro de salud, he asistido; pero ahí se habla mucho...de...de los recortes de horario que están haciendo a muchos profesionales sanitarios (...)claro, la gente ya no puede recurrir...recurrir más tiempo...en... ¿no?...a esos servicios

Bo+3PostH9SeTSI

Tiempos de espera (programación de cita, en sala de espera, en urgencias, etc.)

Los tiempos de espera es algo que aparece recurrentemente en ambos periodos, mientras que en el primero se alude como uno de los principales hándicaps del sistema, en el segundo los tres colectivos comentan que ha empeorado. En el primer periodo se comenta incluso un impacto en la salud.

Y otro motivo que es el tiempo de espera. Dice que ella cuando se va enferma y se pone a esperar tanto tiempo se pone más enferma.

Ma-3PreM4AITSI

E: ¿Y crees que antes se daban las citas con menos tiempo de espera?

M: Con menos tiempo de espera, sí.

E:Aja. ¿Desde cuándo crees que ha comenzado hacerse más largo el tiempo de espera?

M: Pues ya peor es este año, ya más es peores porque eso estoy viendo con mi hija, mira que ella padece, tiene una enfermedad del oído, y tenían que hacerle una operación del oído, y no vea, desde el año pasado que la vio el médico en el mes de agosto, recién le ha vuelto la cita otra vez.

BO+3POSTM4SETSI

Solo hay una excepción, una persona, del colectivo marroquí, habla de la mejora en tiempos de espera.

En la primera fase se habla de acudir a urgencias por no esperar en Atención Primaria, mientras que en el segundo lo que se comenta que es precisamente en el servicio de urgencias donde ha empeorado más el tiempo de espera. También se alude a demora en la lista de espera para pruebas complementarias o derivaciones a especialista.

Traductor: Y que se va por ejemplo al hospital del poniente en urgencias, tiene que esperar ahí medio, medio día

E.:Aja, vale

M: (HABLA EN ÁRABE).

Traductor: Y de momento que no tiene tiempo está trabajando, por eso

M: (HABLA EN ÁRABE)

Traductor: Que dice que por ejemplo, hoy esta malo pues tiene que coger cita pa su médico le dan a más lejos, dos días, tres días

MA+3POSTH5ALTSI

Pagos sanitarios (por consulta, tratamientos)

En general, hay muchos comentarios acerca de los cambios en el coste de los medicamentos. Para algunas personas este tema es tan relevante que se vincula habla de ello como principal cambio a raíz de la crisis.

E: Aja. Muy bien. ¿Cuéntame Marco como notas este último año, como notas que la crisis haya afectado al tema de salud, sientes que haya alguna relación entre la crisis y la atención en salud, o sientes que la atención en salud está igual a pesar de la crisis, o...como lo ves?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON M) Me está diciendo Marco que por el tema de la crisis ya se cambió muchas cosas ahora, que hay que pagar la medicación, muchas cosas hay que pagar, y que se está notando cambios

(...)

E: Y sabes, bueno la crisis claro pero, sabes, ¿más concretamente porque se dan estos cambios de estos pagos, o te explicaron porque ya no te dan el descuento que antes si te daban?

Traductor: (HABLA EN ARABE CON M) Que lo que está viendo el cambios que esta con la crisis, es solamente la medicación.

MA+3POSTH7ALTSI

En primer lugar, es destacable el miedo en ambos periodos de encontrarse con cobros por servicios o medicamentos. En ambas fases se cuenta alguna anécdota de cobros o haber recibido alguna factura por consultas.

Sí porque, si uno no va a pedir cita, la... Tú tienes que mostramos en la... los papeles... yo una vez he ido sin la... ¿cómo se llama?... La tarjeta, y me ha costado dinero una tableta, o una pomada, sí me ha costado dinero.

Bo+3PreH5SeTSI

Dice que no tiene papeles piensa que le van a cobrar:

Ru-3PreH6GrTSIno

Ev: Sí porque también había otros casos de que, de que alguna le cobraron, porque se había fracturado, el tobillo

E: ¿Le cobraron?

Ev: Le cobraron, le llevo la factura me decía

E: ¿Pero a donde acudió a Urgencias?

Ev: A urgencias

E: ¿De Sevilla?

Ev: No de aquí.

E: Del centro de salud

BO+3POSTM8SETSI

En el caso de los medicamentos, sobre todo, la mayor diferencia es que mientras que en el primer periodo se habla de pagos asumibles para quien tiene trabajo, en el segundo periodo se habla con mayor gravedad de la salida o modificación de financiación de algunos medicamentos y de la gran dificultad de asumir estos gastos. De todas maneras, esto se relaciona también con la situación socioeconómica y laboral de las personas entrevistadas, encontrando alguna situación peor en el segundo periodo.

Y por otra cosa el tratamiento, dice el tratamiento que ellos pagan el sello y cuando le ven al médico y le receta el tratamiento pues dice que pagarlo otra vez aunque están pagando el sello. Para él un poquito caros [transporte y medicamentos], porque no está trabajando.

Ma+3PreH3AITSI

N: entonces me dijeron que tenía que pagar cincuenta euros y eso para...la atención

E: aja

N: entonces lo que hice fue volverme a casa y...mi pie a los tres días estaba más hinchado

BO+3POSTM9SETSI

Otros pagos relacionados (transporte, gestiones por terceros, documentos, etc.)

Mientras que en el primer periodo hay alusiones concretas a pagos por transporte o por gestiones de documentación, en el segundo periodo no las encontramos.

Pues la verdad se puede decir que son costes mayormente altos porque si quieres ser atendido temprano te tienes que ir de casa muchas veces sin desayunar. Y tienes que desayunar en la calle, y ya tienes que contar el desayuno también. Y el tiempo porque ese día no trabajas. Entonces, muchas veces en ese aspecto se te sale el dinero, sí, sí.

Bo+3PreM7SeTSI

Sí. Ahora mismo, porque dicen que si uno no está trabajando no te dan lo... lo... lo que te dan, ¿no? ¿Cómo se llama? Ahí se fijan, si no estoy trabajando, o no esté trabajando mi señora, no te dan más baratos los... [E: Los medicamentos.] (...) No, eso, no me dan el descuento.

Bo+3PreH5SeTSI

No quiere operar porque todavía no tiene dineros para los gastos. Cuando una persona no está trabajando le viene bien por el tema del horario pero por tema económico no.

Ma+3PreM8AITSI

5.2.3 Factores que inciden en el acceso relacionados con la situación de las personas migrantes

5.2.3.1 Condiciones de vida (situación laboral, recursos económicos, condiciones de habitabilidad, etc.)

En la primera fase la descripción general de la situación versa sobre los beneficios de trabajar. La principal dificultad de la relación entre el trabajo y la asistencia sanitaria

radica en los problemas de falta de tiempo, la incompatibilidad de horarios o los permisos laborales necesarios.

Pues los horarios, la verdad. Me gustaría muchas veces que mi médico tuviera dos tardes porque era un par de tarde que yo descanso. Pero nunca puedo coincidir que mi médico y yo coincidamos. Siempre tengo que ser atendida por alguien de urgencias o por alguien que no sea él. Entonces eso me impide para ver a cualquier...o acceder a cualquier médico que yo quiera que me atienda.

Bo+3PreM7SeTSI

El paro se percibe como la principal barrera para la atención sanitaria, por dificultades en la obtención de la asistencia, por la falta de recursos y por su repercusión en la salud mental. No obstante, en este primer periodo, en general, las personas entrevistadas manifiestan que los recursos económicos afectan pero no determinan el acceso a la atención sanitaria.

Sí. Ahora mismo, porque dicen que si uno no está trabajando no te dan lo... lo... lo que te dan, ¿no? ¿Cómo se llama? Ahí se fijan, si no estoy trabajando, o no esté trabajando mi señora, no te dan más baratos los... [E: Los medicamentos.] (...) No, eso, no me dan el descuento.

Bo+3PreH5SeTSI

No quiere operar porque todavía no tiene dineros para los gastos. Cuando una persona no está trabajando le viene bien por el tema del horario pero por tema económico no.

Ma+3PreM8AITSI

Creo que es muy importante. Que tú vayas con total libertad que te cobren o no te cobren o valga el medicamento más o menos, tú dispongas de un dinero suficiente te da muchísima libertad para poder acceder a mayor calidad. Las medicinas que yo me tomo aunque van con receta valen una pasta. Yo puedo pagarlas. Si no pudiese pues no las compraría y sufriría muchísimo más.

Ru+3PreM9GrTSI

La crisis económica ha hecho que la situación de muchas personas que entrevistamos en la primera fase haya empeorado y, en algunos casos, ellas o sus familias hayan retornado a sus países de origen.

Traductor: Conoce varia gente que le han denegado, conoce a un amigo de él, que ha tenido su mujer; él no está trabajando, su mujer no ha podido renovar la tarjeta de residencia y a raíz de eso le piden seis nóminas, las últimas seis nóminas, le piden un contrato de trabajo de trabajo de un año, le piden un certificado de empadronamiento, le piden una casa en condiciones, le piden muchas cosas que él no tiene la posibilidad porque no está trabajando estamos en crisis, entonces ha tenido que devolver a sus hijos a su mujer a Marruecos, él conoce varia gente que han devolver, que han vuelto a Marruecos, por culpa de eso

RDL RU+3POSTM9GRTSI

En el segundo periodo, es importante destacar que en palabras de las personas entrevistadas, en general, el contexto social, económico, político y laboral ha empeorado.

Traductor: (HABLA EN ARABE CON MARCO) Me está diciendo Marco que por el tema de

la crisis ya se cambió muchas cosas ahora, que hay que pagar las medicaciones, muchas cosas hay que pagar, y que se está notando cambios

BO+3POSTM9SETSI

F: ...claro, es que he perdido algo trabajo, porque... dicen que con la crisis que... ahora si tan obligados darte de alta...es que...si tenías cuatro horas en una casa...o venga, yo te doy de alta pero te vienes sólo tres horas, ¿sabes?, o...otro, yo que sé, otro ya te está echando y te llama de vez en cuando; que no te llamo una vez a la semana, que...te llamo cuando te necesito

E: claro

F: y...ya no te hacen papeles, ya...

E: y ¿eso ha cambiado de...de antes hasta ahora?

F: si

E: aja, ¿en qué sentido?: lo sientes mejor, lo sientes peor...

F: peor, normal peor...es que he perdido unos cincuenta euros a la semana...ya...uff

Ru-3PostM7GrTSlpas

Traductor: (HABLA EN ARABE CON MARCO) Si cree que por que, por temas de salud, cuando uno está trabajando está bien, está pensando tal, pero cuando no trabaja piensa mucho, le afecta la salud, el caso de él que antes trabajaba en invernadero y a, por la tarde se venía a trabajar aquí, entonces tenía un buen sueldo, y pue, tenía la vida un poco resuelta, pero ahora que está trabajando aquí gana muy poco, le está afectando mucho a su salud, porque ya piensa tanto que va hacer en su futuro que va hacer en de su vida, más el problema de permiso de residencia ya eso le afecta también

MA+3POSTH7ALTSI

Solo algunas personas de origen rumano, y de nivel educativo y socioeconómico alto han mejorado su situación laboral.

Sin tener ese trabajo, claro, entonces no, era menos estable que ahora creo, que por lo menos estoy percibiendo un sueldo, bueno, aunque sea de prueba que es como un una, un becario, un sueldo de becario, pero, por lo menos estoy percibiendo algo mensual, no es como antes que era cada 2 o 3 meses, que no es lo mismo. Y creo que si puede mejor bastante mi situación al menos tengo mucha esperanza

Ru+3PostM9GrTSI

5.2.3.2 Situación administrativa y socio económica (regular/irregular, cambios de situación administrativa)

La situación administrativa se relaciona en ambos periodos con la facilidad o dificultad de acceso. Esto se agudiza en el segundo periodo, en el que la publicación del RDL y la aplicación de algunas reformas a nivel estatal, hacen que se centre en la situación administrativa de las personas el acceso efectivo o no a la atención sanitaria. Aunque en Andalucía esta legislación no estuviera sujeta a aplicación, ha repercutido claramente en el patrón de uso de los servicios por parte de las personas migrantes como en la interpretación que se ha podido hacer por parte de los profesionales.

No, sin tarjeta no le atienden, seguro. Pero... este.... Pero sí le dan la tarjeta.

Bo+3PreH7SeTSI

Traductor: (HABLA EN ARABE CON A). Me está contando sobre un caso de una mujer que vive con él, que dice que por tema de tarjeta, de permiso de residencia, ella, a, tuvo el permiso de residencia durante un año pero le exigen, extranjería la ley extranjera le exige tener alta en la seguridad social durante un año entero, 12 meses. Esa mujer sólo cumplió 6 meses porque no ha podido cumplir el año. Al revés de eso cuando tuvo una renovación le han dado denegado, al tener el denegado ya no tiene, hizo recurso, metió un abogado, pero ya no tiene, desde ahí ya no tiene permiso de residencia se lo han quitado, entonces esa mujer ya no tiene ni acceso, la tarjeta sanitaria ni acceso a nada.

MA+3POSTH3ALTSI

293

En el caso del trato, en ambos periodos se comenta que el tener una situación administrativa regularizada mejora el trato recibido por los y las profesionales.

Por último, el empeoramiento en la situación administrativa, casi generalizado de las personas entrevistadas, y fundamentalmente ligada a las condiciones laborales, se ha relacionado con afectación en su salud.

Traductor: (HABLA EN ARABE CON MARCO) Si cree que por que, por temas de salud, cuando uno está trabajando está bien, está pensando tal, pero cuando no trabaja piensa mucho, le afecta la salud, el caso de él que antes trabajaba en invernadero y a, por la tarde se venía a trabajar aquí, entonces tenía un buen sueldo, y pue, tenía la vida un poco resuelta, pero ahora que está trabajando aquí gana muy poco, le está afectando mucho a su salud, porque ya piensa tanto que va hacer en su futuro que va hacer en de su vida, más el problema de permiso de residencia ya eso le afecta también

MA+3POSTH7ALTSI

5.2.3.3 Miedos y percepciones vinculados a la irregularidad o la migración.

Los miedos y percepciones vinculados a la situación administrativa irregular son comunes en ambos periodos. En el primer periodo, en el que sí hay personas entrevistadas en situación irregular; los miedos, sobre todo en las personas recién llegados, son a la policía, a estar en la calle, y a ser denunciadas en los servicios de salud. En el segundo, el miedo se vincula más a no recibir atención médica.

Todas estas razones lo que conllevan es que las personas migrantes dejen de acudir a los servicios, según nuestras personas entrevistadas.

Y también es otro temor es el que digamos que eh... me pidan documentación en el sentido de estar registrado... llegue ese trámite de estar registrado ¿sabes? Cuando uno está enfermo todavía no tiene... se podría decir, no tiempo sino esas ganas de ir hacer tal vez un registro... eso es lo que yo me pongo a pensar porque así experiencia vivida propia no la tengo en ese sentido.

Bo-3PreH8SeTSI

Traductor: (HABLA EN ARABE CON H). Que H no confía en los servicios de salud porque ya dijo antes que tenía pendiente hacer una operación y no pues, el no quiso hacer la operación porque la médica no le garantizo que 100 por 100 va hacer esa operación va salir bien, entonces él al ver la médica que no le garantizo que le va a salir la operación 100 por 100, tuvo un miedo, y desconfianza, ya no confía en los servicios de salud en el poder que esa medica que le va hacer la operación y le va a salir bien

RU+3POSTM9GRTSI

5.2.3.4 Familia y Redes sociales

La familia y las redes sociales constituyen un apoyo importantísimo para las personas que hemos entrevistado. Durante el primer periodo se comenta que son facilitadoras para el acceso y la obtención de atención sanitaria, así como para hacer frente a barreras como la del idioma.

Ella lo único que conoce es el hospital. Y lo que le llevan al hospital le son conocidos su... la gente con quien vive.

Ma-3PreM3AITSI

Es que todo le decía a mi madre y mi madre me decía... que ha sacado... tal... o tienes que decir esto o esto. Ya ella sabe, yo le pregunto.

Bo-3PreM5SeTSI

En el segundo periodo se confirma esta función de apoyo en la comunicación, la obtención de información, la traducción y el apoyo moral.

...y acompañe a personas que estaban en riesgo de exclusión, que habían pedido a servicios sociales ayuda y por ejemplo acompañe a una familia a... bueno pues a que... realizara una intervención quirúrgica al hijo ¿no?, era una operación de los ojos. Entonces... si en ese momento... de bonanza económica que estaba todo bien era difícil y no comprendían ni cómo funcionaba el sistema, ni las consecuencias de recibir atención, de no recibirla... todos los aspectos que puedan tener que ver con el sistema sanitario y con el sistema en general de la sociedad española; pues ahora les va a costar más trabajo, creo. Sobre todo porque... yo te puedo hablar de mi experiencia, como persona de afuera, como extranjera; cuando te encuentras con tanto estrés, con tanta dificultad, cuando los profesionales ellos mismos tienen la presión y... y... están... pues... pues con una carga con un peso ¿no? porque el trabajo pues... se hace de otra manera, no te sientes con ganas de acercarte... no sientes ánimo, no tienes la confianza para acercarte y para... para pedir la atención sanitaria. Entonces me imagino que una persona... que viene aquí, que tiene dificultades para encontrar trabajo, que está fuera de su entorno, le va a costar muchísimo más trabajo que antes...

RU+3POSTM9GRTSI

El paso del tiempo en el segundo periodo ha permitido que las redes sociales de algunas personas se hayan ampliado incluyendo, en algunos casos, a personas autóctonas. Ello les permite tener mayor apoyo en el acceso sanitario.

E: y...ese aumento en la red social, en el número de amistades y de personas...pues...¿ayuda o afecta en algo a la atención sanitaria, al acceso...para bien, para mal o cómo va eso?

L: que..que bien, porque..muchas ve...como no sabe la lengua española pues tiene amigas que le van con ella y le ayudan a traducir en el centro de salud.

MA+3POSTM9ALTSI

Por último, hay que tener en cuenta que algunas de las personas entrevistadas también han perdido red social por el retorno de algunas personas de su entorno a causa de la crisis económica y también por parte del resto de la sociedad.

En relación a la asistencia sanitaria lo que noto sobre todo es que en el contexto económico sobre todo en el que estamos, antes los inmigrantes eran, estaban en una situación desfavorecida, entonces había una cierta actitud más paternalista bueno vamos a protegerlos vamos a ofrecerle, vienen enfermos hechos polvo de donde vengan, y entonces había un acercamiento más, más moderado, desde, un poco desde la pena, bueno, al final se traducía en algo positivo. Se supone. Sin embargo últimamente lo que noto que como la situación desfavorecida también se ha ampliado hacia el colectivo nacional, entonces ha cambiado bruscamente esta actitud hacia el inmigrante, ya estamos suficientemente mal para que vengas estos y encima tengamos que sostenerlos a ellos, quizá eso es lo que noto de cara a la asistencia. Sin embargo o no he percibido, no puedo quejarme de que me haya pasado o que en mi círculo haya pasado algo concreto, sobre todo como soy blanca y parezco francesa, claro no es lo mismo una persona que parece de una pías occidental que una que viene con la piel negra y se nota...

RU+3POSTM9GRTSI

295

5.2.3.5 Percepción de adaptación cultural (tiempo en España, idioma)

La adaptación cultural viene muy determinada por el tiempo de permanencia en España. En ambos periodos se habla del fortalecimiento de las redes y el idioma como elementos fundamentales.

Sí, yo conforme que ha pasado el tiempo y he tenido más contactos y sabido más y estoy más informada y tengo más manejo de todo. Me siento con más libertad de ir, con más tranquilidad y con más derecho incluso.

Ru+3PreM9GrTSI

En el segundo periodo, en el que las personas llevan más tiempo en España, se hace énfasis en que conocer el idioma mejora el acceso y el trato que se recibe en los centros sanitarios.

Por último, uno de los cambios que se dan en este aspecto es que debido a la crisis hay muchas menos clases de español disponibles para las personas que no lo hablan, lo que disminuye sus posibilidades de integración y de acceso al sistema sanitario.

A: escribir; ehh...un poco hablar; pero...cuando yo vine aquí, en dos mil dos. No trabajo por eso no...No conoce gente español por eso no puedo, no...

E: aja. Y estabas estudiando el español, dónde, ¿en clases de español aquí?

A: aquí, si

E: y ¿siguen todavía esas clases?

A: no, no...

T: el año pasado ya no...Volvieron las clases

A: desde de que...hay crisis no

E: pero... ¿quién las daba: el ayuntamiento, las daba una ONG o...?

T: bueno, hubo clases siempre del ayuntamiento pero el año pasado sin ninguna atención, no hubo ninguna clase del ayuntamiento.

E: aja

T: pero en el dos mil diez y dos mil once hubo clases del ayuntamiento y la diputación

A: diputación almeriense

MA-3POSTM4ALTSI

Usuaría no entrevistada anteriormente

5.2.3.6 Patrones de uso de los servicios (uso de las urgencias, asistencia a citas marcadas, frecuencia de asistencia).

El patrón de uso generalizado entre las personas entrevistadas en ambos periodos confirma que acuden poco a los servicios sanitario, y cuando lo hacen suele ser cuando la dolencia es más severa. En este caso se suele acudir al servicio de urgencias.

En ambos periodos hay comentarios acerca del acceso a los servicios por urgencias, en el primer caso, porque se espera a que los síntomas no puedan esperar a la obtención de una cita en Atención Primaria y en el segundo porque ante la duda de si tienen derecho o no a la asistencia sanitaria o por indicación de profesionales, acuden más por esa vía.

Lo único que él conoce que cuando está, muy enfermo se va a urgencias del hospital y cuando está un poco, leve se va al centro de salud para pedir cita.

Ma+3PreH3AITSI

...exactamente. El hecho de ahora ya no tengan derecho es una barrera más todavía; ya tenían de por sí barrera por la falta de conocimiento, falta de información, y ahora la barrera es doble porque una vez que tengan conocimiento, si lo que les van a decir es que no tienen derecho...

RU+3POSTM9GRTSI

En ambas fases hay abandono de acudir a los centros sanitarios bien por dificultades en el trámite, miedo a no recibir atención o por alguna experiencia negativa anterior:

Que no quieren, que no podían atender que tenía que venir aquí a mi médico de cabecera, y, y, y por todo eso es que yo más he acudido ya a estos productos naturales por todo eso, porque es que no, no hay un auxilio rápido, no hay atención de emergencia, rápido, entonces, yo fui con mis pies hinchados todo mal, y trabajando yo ahí en Camas, yo creo que tenía todo el derecho, no estoy empadronada allí, pero tenía todo el derecho de atenderme bien la, la doctora, pero me ha reñido un montón, me ha atendido pero me ha reñido, me ha reñido un montón todavía, me ha reclamado lo mismo, como dicen las otras que, y teniendo yo mi... cotizando y eso sí.

BO+3POSTM4SETSI

dice que él ha tenido a...ayuda, por tema de prestaciones que ha... tenido una prestación de ayuda; después de tener la prestación han pasado seis meses, le han quitado la tarjeta sanitaria. Le han dicho si quiere que viene al médico, te tienes que ir a la seguridad social pa' llevar una tarjeta firmada para que pase al médico; como hizo L, L le certificó David (el asistente social) a través de una tarjeta, de un papel que lo certificó en la seguridad social para poder pasar al médico...pero él no fue

E: vale...mmm...por aquí...Entonces, desde esa última vez no has regresado a los servicios de salud ¿a ninguno: ni hospital ni centro de salud?

J: no

MA+3POSTH3ALTSI

Por último, una diferencia es que aparece un comentario acerca del mantenimiento de un sistema privado de salud en el segundo periodo, aludiendo que el sistema público no satisface las necesidades. En el primer periodo no se observó ningún cambio.

yo creo que...antes desde luego yo no sentía que mis necesidad eran satisfechas por el sistema, para nada...para nada, por eso mantuve la atención sanitaria privada. Porque sobretudo en este...en mi caso de lo que se trata no es de recibir un tratamiento sino...prevención y revisiones, eso es lo que en este momento necesito del sistema y eso no lo voy a recibir. Y si antes no lo recibía, ahora tengo menos expectativas de recibir...ese tipo de atención y de sentirme satisfecha con el sistema.

RU+3POSTM9GRTSI

5.2.3.7 Percepciones culturales o religiosas sobre salud y enfermedad (autotratamiento natural/farmacológico, prácticas religiosas o culturales).

En cuanto a las percepciones culturales, el tema que más se alude es el tema de la creencia en los tipos de medicina. En el primer periodo, se comentan casos de autotratamiento farmacológico para problemas leves en los tres colectivos, en el caso de las personas del colectivo marroquí, en aquellos que llevan más de 3 años en Andalucía.

En el segundo periodo las personas entrevistadas no comentan cambios significativos a este respecto.

En cuanto a la creencia en el tipo de medicina, en ambos periodos se observa que las personas marroquíes y rumanos creen más en la medicina occidental mientras que las personas bolivianas combinan ésta más con la medicina tradicional.

Por su experiencia, lo ha conseguido saber por su experiencia, porque ha estado en sitios en delegación de salud, en el centro de salud leyendo carteles colgados y todo. Y en Marruecos ha recibido clases de la medicina y los derechos y eso. Por ejemplo, cuando estuvieron aquí recibiendo clases de español, los profesionales le intentan dar información, por ejemplo, estuvieron haciendo información sobre la prueba de citología, sobre el cáncer de mamas, sobre los cuidados del recién nacido. Que cuando estaban recibiendo clases de español si recibieron clases de información sanitaria, pero cuando han quitado las clases de español, ya han quitado todo.

Ma+3PreH3AITSI

De hecho en el segundo periodo solo encontramos el caso de una persona de Bolivia que afirma que en el último año y medio ha dejado de acudir a los servicios de salud por haber hecho uso de productos naturales.

C: Yo se lo digo así, no he ido. Porque no he tenido ningún problema de este, como tengo los productos naturales pues así que no he tenido la oportunidad de llegar al médico. He tenido intención de ir una vez, pero después no he ido.

E: Que te sentías mala, pero

C: Si, si, sentía un problema de los nervios, aquí encogido en las rodillas y eso tenía una inflamación, inflamaciones en los nervios y por eso pensaba ir, pero último caso como yo me he defendido con esos productos pues no he ido.

E: ¿Y te ha funcionado bien con los productos, te ha, te sientes bien?

C: Si muy bien. Si me siento bien muy bien, me han funcionado, esto

E: ¿Entonces no has acudido ni una vez?

C: No he acudido

BO+3POSTM4SETSI

5.2.3.8 Percepciones de discriminación en el entorno al sistema de salud.

En un primer momento se hablaba de que sí hay discriminación, junto a ambiente poco propicio a la integración y desconfianza entre migrantes de diferente origen pero que residen en el mismo barrio. En general, encontramos alguna locución que se refieren a la discriminación, junto a comentarios o actitudes xenófobas, por ejemplo, cuando hay un problema o emergencia sanitaria y se culpabiliza a las personas migrantes. Hay comentarios acerca de haber experimentado alguna situación discriminatoria en los tres colectivos.

En mí particular no, pero de siempre yo he escuchado, por ejemplo el brote de sarampión últimamente. Que rápido se lo culparon a los inmigrantes. Y que... como era la mayoría bolivianos aquí en Andalucía, que sí, que era una familia boliviana y era una familia española.

Bo+3PreM6SeTSI

También en este primer periodo hay una percepción de una discriminación simplemente por el hecho de ser otro país.

(...) y más siendo extranjero pero de segunda categoría como yo digo. Los que venimos del Este nunca vamos a tener el mismo status que los que vienen de Europa Occidental.

Ru+3PreM8GrTSI

(...) porque ya de por sí te sientes que estás fuera de tu país y no te sientes cómodo porque aquí generalmente la gran mayoría de las personas tienen un prejuicio... un estereotipo bastante negativo hacia los rumanos. Entonces cuando tú les dices que eres rumana lo más suave que te pueden decir es que no pareces rumana. O sea, ya lo tienen encasillado de cómo tenemos que ser y cuando salimos de eso te intentan hacer un cumplido pero también te ofenden.

Ru+3PreM8GrTSI

Si no hay interés siempre no te aportan confianza y ellos siempre ven a la persona extranjera como algo que es inferior. Siempre gente siente extranjero aquí.

Ma+3PreH3AITS1

En cuanto a sentir discriminación dentro del sistema sanitario, hay comentarios acerca de un trato desigual hacia personas autóctonas y personas migrantes en los dos periodos. Las personas entrevistadas cuentan diferencias de trato en función de su situación administrativa, es decir; hablan de que se atiende a personas que están documentadas frente a las que no lo están, o a personas autóctonas frente a las migrantes. Casos como estos se relatan en los dos periodos.

Pues veo que es una discriminación. Eso sí es discriminación. Porque si bien es cierto que están cotizando los demás y nos están atendiendo a los que no tenemos documentos. (...) Por ejemplo, yo he tenido mi carta de expulsión, y pues he tenido... está en proceso de juicio... y eso. Y gracias a Dios lo logré y entonces todo eso, yo se lo he dicho. Yo he tenido ese problema por carta de expulsión por indocumentada. Lo siento, que no tengo los documentos. Yo cuando lo tenga lo voy a cotizar. Entonces por arraigo yo lo he sacado y gracias a Dios, lo he sacado.

Bo+3PreM5SeTSIno

Ha comentado un ejemplo de esta mañana. Estuvo en el centro de salud y ha tenido sacar una analítica de sangre y ella tenía la cita a las 2 y 2 minutos y llegó una española que tenía a las 2 y 6 minutos y entró antes que ella. [E. ¿Y le han dicho por qué?] Sí, ella preguntó por qué y le han dicho que la otra se ve que está muy mal que por eso le han entrado ella primero. [E. ¿Y qué opina ella de eso, cómo se sintió, que le pareció la explicación?] Discriminación... No ha dicho porque somos marroquí.

Ma+3PreH3AITS1

N: y...a mí me molesto bastante ver de qué...o sea, como yo llegue antes...

E: aja

N: dan una hora para...

E: si

N: para sacar la sangre

E: si

N: entonces...y en el ambulatorio...o sea, toman otro mecanismo que es conforme vayan llegando

E: si

N: entonces yo llegue antes y...me dejaron atrás...y recogía la...la enfermera recogía la...la hoja de los otros pacientes

E: aja

N: y a mí me dejó atrás; y eso yo vine y le dije a mi hermana mira esto me ha pasado y quién es -me dijo-, o sea, para...que ella sepa también...

E: claro

N: o sea, ahí me sentí un poco...es la primera vez que sentí esa marginación...

BO+3POSTM9SETSI

No entrevistada previamente

J; ya ma...ehh...que...ha notado la discriminación en urgencias; que muchas veces le...le dejan a ellos esperar porque son marroquí y pasan a los españoles, me está comentando en sus palabras

MA+3POSTM3ALTSI

En el segundo periodo, se comenta la percepción de aumento en problemas de acceso y discriminación percibida. Una de las personas entrevistadas hace un análisis sobre la exclusión de diferentes colectivos de la atención sanitaria, relacionándolo con la discriminación y hablando de las posibles consecuencias que ello puede tener.

mira...en primer lugar, aunque sea una medida que la haya presentado como...para...fomentar la soste...sostenibilidad del...del sistema en general y del sistema sanitario en particular; no va a contribuir a eso por lo que hemos dicho. El tema...por el tema...uniéndolo con el tema de la discriminación porque cuanto más grupos de riesgo creen, más gastos van a necesitar...sanitarios; ahora mismo no a lo mejor ¿no?, pero dentro de diez, quince años, están personas que no recibieron la atención médica, que no estuvieron en los programas de prevención, que no recibieron...ehh...los tratamientos ¿cómo estarán de salud? Entonces si...tendrán que recibir atención...

Ru+3PreM8GrTSI

Por último, también encontramos algún comentario de no discriminación. Aunque se habla de diferencias en el trato en función de la situación administrativa o la situación laboral (estar cotizando o no), también hay comentarios positivos acerca de que no hay diferencias en la atención aunque haya diferencias en salarios.

No. Sólo te digo, sólo en términos...y me parece magnífico que sea así, es una cosa que aprecio mucho, que el nivel del sueldo que tengo no afecte en la posibilidad de recibir un tratamiento en caso de que tenga un problema. Porque... ¿no? Habría una especie de discriminación en base a la renta, y es lo que precisamente intentamos evitar.

Ru+3PreM9GrTSI

En el segundo periodo hay comentarios acerca de que no ha habido cambios en la discriminación.

Pues si vas a quizá, pienso yo que cualquier cambio que podía hacer intervenido era al ir al servicio de urgencias por; insistir más en si tienes, si esta regularizada tu situación, en pedirte la tarjeta sanitaria, sin embargo eso siempre ha sido así. Es decir, no puedo decir que no he notado tipo de cambio. Es más la, los prejuicios con que notros pues quizá acudamos pensando que nos pueden mirar de otra manera más que lo que realmente luego pase. Mi opinión y experiencia personal. No he notado ningún cambio en el último año vamos.

RDL RU+3POSTM9GRTSI

En general, puede afirmarse que hay bastante concordancia entre los resultados de la primera y la segunda fase. Aunque en la segunda fase no tengamos resultados relevantes que se diferencien de la primera, sí podemos apreciar claramente que el empeoramiento de la situación socioeconómica de las personas entrevistadas, un aumento de sus miedos a

acceder al sistema y el empeoramiento de los recursos disponibles del sistema vislumbran un cambio en el acceso de las personas migrantes al sistema y a los servicios sanitarios. Otros resultados que comienzan a emerger y que son relevantes son la variabilidad en la interpretación e información acerca del RDL 16/2012 y el aumento de la discriminación, lo que comienza a tener repercusión en el acceso. De ahí que sea interesante seguir indagando acerca del acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria en los próximos años.

5.3 Tablas 5: Resultados comparativos

Valoración de los cambios en la percepción de las características que influyen en el acceso a la atención en salud adecuada, fundamentalmente centrado en los ajustes sufridos por el sistema sanitario público durante la crisis económica.

Tabla 1. Resumen Entrada al sistema y TSI	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Provisión de Información de entrada al sistema	
<ul style="list-style-type: none"> - Información provista por familia y redes sociales. - Información y apoyo en la gestión de la TSI provista por ONG, contactadas por sugerencia de familiares y redes. - Actitud abierta de los servicios. - Falta de información institucional. - Miedos por información institucional errada. - Miedos por desconocimiento. 	
Trámites y requisitos obtención TSI	
<ul style="list-style-type: none"> - Proceso sencillo con formulario entregado en CS, empadronamiento (en ocasiones) y tarjeta de residencia (para personas regularizadas). - Poco conocimiento específico de trámites y requisitos. - Complicados trámites de entrada al sistema para recién nacidos. - Exigencia de estar cotizando. - Exigencia de tener residencia legal. 	
Estrategias de obtención de la TSI	
<ul style="list-style-type: none"> - A través de solicitud en CS. - Como beneficiario de familiar: - A través de Cruz Roja. - A través de empleador. - Cambio de situación administrativa. 	

Tabla 1. Resumen Entrada al sistema y TSI	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Posesión de la TSI	
<ul style="list-style-type: none"> - TSI es facilitador per se. - Problemas teniendo TSI: por no cotizar o por TSI temporal. 	
Consecuencias de no tener TSI	
<ul style="list-style-type: none"> - Cobros por falta de TSI o TSI activa (cotizando). - Asistencia a Urgencias. - Barreras en la atención. - Negación de atención. - Temores. 	

Tabla 2. Resumen Conocimiento del funcionamiento de los Servicios	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Fuentes de información y conocimiento sobre estructura del sistema y funcionamiento de los servicios	
<ul style="list-style-type: none"> - Generalizado poco conocimiento sobre el sistema y su funcionamiento, con deseos de conocer más. Desconocimiento como barrera, sobre todo para recién llegados. - Familia y redes sociales como fuente principal de información sobre los servicios de salud. - Percepción de poca información institucional, aunque buen mensaje a través de la buena asistencia. - Necesidad de mayor información/formación en salud y servicios sanitarios. - ONGs como fuentes de información y apoyo. - Otras fuentes de información menos frecuentes -internet, folletos-. - Tiempo como factor fundamental en el aprendizaje. - Idioma como barrera para el conocimiento de los servicios. - Conocimientos específicos, determinados por necesidades concretas de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los patrones de fuentes de información ligadas a familiares y a redes informales, basadas básicamente en el boca-a-boca parecen confirmarse también en este abordaje. - En general se comenta que hay poca información, y que aquella que se obtiene es más por comentarios de personas y prensa que por información obtenida por fuentes oficiales. - Las personas bolivianas parecen seguir siendo uno de los colectivos mejor informados. (de información institucional) - Hay un elemento que emerge con fuerza que es la televisión como fuente de información, que en este periodo aparece con mayor frecuencia que otras fuentes. (muchas veces resulta contradictoria y en algunos casos errónea) - La prensa escrita también es una fuente informativa, principalmente, según las personas entrevistadas en este caso, para las personas usuarias de Rumania. La prensa escrita que más se ha consultado son los medios digitales frente a los impresos - Un resultado muy curioso respecto a resultados anteriores es cómo se ha ido reduciendo/ el papel de las ONG, asociaciones y otras organizaciones civiles como fuente de información. (menos en el caso de las personas bolivianas). - La información que proviene desde el Sistema de Salud sigue siendo escasa, no obstante, es información, según la mayoría de los comentarios, acertada y más profunda. <p>Una persona entrevistada realiza una observación acerca de la falta de información por parte de los/as profesionales</p>

Tabla 3.1. Resumen Volumen y distribución de los Servicios	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Servicios disponibles, infraestructura, personal, equipos	
<ul style="list-style-type: none"> - Servicios suficientes, aunque con algunos puntos a mejorar: - Buena valoración de infraestructuras y equipos. - Necesidad de más profesionales. - El trato con el personal depende de con quién te toque, pero suelen estar bien en los aspectos técnicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recortes en la oferta de servicios (pág 15) - No hay comentarios generales que se refieran a cambios respecto al personal sanitario. Así como se ha comentado anteriormente, se habla más de las diferencias entre personas, más que entre categorías o diferencias entre centros. - En los casos en los que se habla de reducción de personal se alude tanto la disminución de la plantilla en Atención Hospitalaria como la falta de sustituciones en Atención Primaria
Distancia a los servicios	
<ul style="list-style-type: none"> - Percepción mayoritaria de CS cercano y HP lejano. - Se evidencia relación directa: generalmente, a mayor distancia, mayores gastos relacionados con la asistencia. - Distancia por situación propia del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> - La percepción de cambio en la distancia a los servicios no se relaciona con el cambio de situación de las mismas, es decir, a los propios servicios, sino que se relaciona con cambios en su situación personal. Esto se desarrolla en el apartado de factores relacionados con la situación de las personas entrevistadas.
Transporte público y soluciones de transporte	
<ul style="list-style-type: none"> - Impacto relativo de los costes de transporte - Marroquíes tienen "sus propios taxis" - Insuficiencia de los servicios de transporte público. 	

Tabla 3.2. Resumen Organización de los Servicios: Accesibilidad Organizativa y Económica (AP/AH)	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Trámites (petición de citas, pruebas, cirugías, requisitos, miedos)	
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas diversos en gestión de trámites y datos. - Idioma genera problemas y miedos en trámites -sobre todo marroquíes- - Miedo a trámites por desconocimiento. - Conocimiento específico. - Trámites como facilitador y como barrera. - Por evitar trámites de AP se acude a Urgencias 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay personas que hablan de que no perciben ningún cambio en la entrada a los mismos. - En la experiencia de algunas personas, no obstante, parece que cambia el acceso a los servicios, mientras antes entraban directamente al centro de salud a través de citas, ahora se les dice que entren por urgencias. - Disminución de infraestructuras y equipos - No se percibe cambios en la cantidad de servicios disponibles - Discurso catastrofista acerca de la cobertura sanitaria - Algunas de los cambios que se verbalizan son los cambios en los trámites o esperas en relación a de petición de citas, pruebas u operaciones quirúrgicas. - Exigencia de NIE y/o alta Seguridad Social para atender. Diferentes interpretaciones del RDL por parte de algunos profesionales. - Hay algunas personas que afirman que es falso el hecho de que no se haya atendido por falta de NIE o alta. - Los comentarios de mejora se repiten en usuarios bolivianos relacionados con el cambio de personas en la administración de un centro de salud concreto.
Horarios de atención	
<ul style="list-style-type: none"> - Los horarios se perciben en general como cómodos. - Varios casos hablan de incompatibilidad con trabajo o familia. - Se piden más consultas de tarde. - Comentarios varios 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de horas de trabajo de los profesionales. - Disminución de horas, cerrando los centros de salud por las tardes, lo que dificulta la asistencia para personas que, por situación personal, solo pueden acudir por la mañana

Tabla 3.2. Resumen Organización de los Servicios: Accesibilidad Organizativa y Económica (AP/AH)	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Tiempos de espera (programación de cita, en sala de espera, en urgencias, etc.)	
<ul style="list-style-type: none"> - Largos tiempos de espera como uno de los principales handicaps del sistema. - Ejemplos de espera. - Tiempos de espera con impacto negativo en salud. - Algunos ven las esperas como relativamente comprensibles, sobre todo en AP. - Por evitar tiempos de espera de AP se acude a Urgencias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay percepción de mejora en los tiempos de espera, incluso se verbaliza la mejora de las listas de espera. Esta percepción no es generalizada, encontramos una locución en un usuario marroquí. - Es mayor la percepción de que los tiempos de espera han empeorado.(3 grupos) - Uno de los servicios que se citan en el empeoramiento de los tiempos de espera es en urgencias
Pagos sanitarios (por consulta, tratamientos)	
<ul style="list-style-type: none"> - Pagos asumibles para quien tiene trabajo. - Pagos relacionados con TSI temporal o TSI en pasivo. - Cobro por Urg 	<ul style="list-style-type: none"> - En el caso del cobro por servicios concretos, encontramos un par de casos en usuarios bolivianos. - Los comentarios que hablan de cambios en el cobro de medicamentos se relacionan con la salida o modificación de financiación de algunos medicamentos.
Otros pagos relacionados (transporte, gestiones por terceros, documentos, etc.)	
<ul style="list-style-type: none"> - Pagos de transporte asumibles para quien trabaja. - Pagos aumentados de transporte por deficiencias del sistema público. - Pago por empadronamiento. 	

Tabla 3.2. Resumen Organización de los Servicios: Accesibilidad Organizativa y Económica (AP/AH)	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Condiciones de vida (situación laboral, recursos económicos, condiciones de habitabilidad, etc.)	
<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios de trabajar: - Trabajo y asistencia sanitaria: problemas con tiempo, horarios y permisos laborales. - Paro como Principal barrera: barrera de asistencia, falta de recursos y afecta salud mental. - Nivel económico y acceso a privada. - Recursos económicos y acceso: afectan pero no determinan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay que destacar que en palabras de las personas entrevistadas, en general, el contexto social, económico y político ha empeorado - La mayoría de las personas entrevistadas afirma que su condición no ha mejorado, sobre todo en cuestiones ligadas al trabajo. - Las personas con una mejor situación socioeconómica son las únicas que han visto mejorar su situación - La crisis económica ha hecho que la situación de muchas personas que entrevistamos en la primera fase haya empeorado y en algunos casos hayan retornado a sus países de origen.

Tabla 3.2. Resumen Organización de los Servicios: Accesibilidad Organizativa y Económica (AP/AH)	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
<p>Situación administrativa y socio económica (regular/irregular, cambios de situación administrativa)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar -o pasar a estar- regularizado trae mejor trato y acceso más fácil. - Miedos por situación irregular. - Negación de asistencia por aspectos administrativos no resueltos. - Barreras por irregularidad y no cotización. - Situaciones administrativas particulares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay casos en los que el cambio se da de la no cotización a la cotización - Otro cambio positivo que se comenta en cuanto a la situación administrativa es la obtención del permiso de residencia. - El cambio en la situación administrativa conlleva dificultades. Por ejemplo, el hecho de no tener contrato de trabajo les ha dificultado la obtención del permiso de residencia - algunas personas pagan por un contrato de trabajo para poder conseguir el permiso de residencia, incluso para obtener la tarjeta sanitaria - la mejora en la situación administrativa suele tener como consecuencia una mejor percepción de salud y en el trato que se les dispensa - En términos generales, personas de todos los grupos de personas entrevistadas muestran cambios en la situación laboral y económica. En general, el cambio ha ido a peor, es decir, o bien porque han perdido el trabajo o bien porque aunque siguen trabajando, hay cambios en las condiciones de cotización, no están percibiendo el salario o éste ha bajado de manera considerable. - Se afirma que el empeoramiento de las condiciones de trabajo en general se están dando estos últimos años. - también hay casos en el que la situación se ha mantenido estable o incluso ha mejorado. - En algún caso se reduce la cotización - Bajan los salarios frente al mismo trabajo. - Retrasos con el pago de salarios. - Han dejado de cobrar. - Los cambios en las condiciones de remuneración traen consecuencias como no poder pagar una vivienda (peor salud) - Algún caso (muy pocos) en el que las condiciones de trabajo han mejorado (mejora la salud)

Tabla 3.2. Resumen Organización de los Servicios: Accesibilidad Organizativa y Económica (API/AH)

Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Miedos y percepciones vinculados a la irregularidad o la migración.	
<ul style="list-style-type: none"> - Por irregularidad: miedo -más en recién llegados- a la policía, a estar en la calle, a ser denunciado en los servicios de salud. - Miedos por idioma y desconocimiento; los miedos se reducen con el tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> - El hecho de encontrarse con la negación de algún servicio o alguna dificultad hace que las personas no acudan otra vez
Familia y Redes sociales	
<ul style="list-style-type: none"> - Como fuentes de información de entrada y funcionamiento de los servicios. - Familia como facilitador de la TSI. - Como facilitadores de transporte. - Importancia como acompañamiento general -comunicación, información, traducción, apoyo moral-. - Redes sociales como apoyo frente a barreras de atención. - Como facilitadores frente a barrera idiomática. 	<ul style="list-style-type: none"> - En algunos casos se alude a una mejora de la red social, o bien porque se han mejorado los amigos o bien porque se han ido a vivir con su pareja. - Paso del tiempo de España les ha permitido ampliar su grupo de amistades. - Es muy interesante el hecho de ampliar el grupo de amigos y amigas y que éstos sean de nacionalidad española da una percepción de mejora del acceso a la sanidad, unido por supuesto a la ventaja del idioma. - También encontramos verbalizaciones sobre el empeoramiento de la red social. Esto se debe fundamentalmente a que debido al detrimento de las posibilidades laborales, muchas de las personas migrantes que estaban dentro de su entorno de amistad y apoyo han retornado a sus países en los últimos años

Tabla 4. Resumen Factores que influyen en el acceso relacionados con los usuarios	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Percepción de adaptación cultural (tiempo en España, idioma)	
<ul style="list-style-type: none"> - El tiempo en España trae conocimiento y fortalecimiento de redes: empodera. - Factores llegados con el tiempo ajeno al usuario. - Cuenta el tiempo de la familia, no solo el individual. - Cada vez asiste menos a los servicios. - Barrera idiomática mejora en el tiempo: manejo del idioma es gran facilitador. - Población rumana tiene gran facilidad para el idioma. - Barrera de idioma con bolivianos. - Idioma como barrera principal, solo en marroquíes. - Leve adaptación del sistema a la barrera idiomática. - Se habla poco de integración cultural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas entrevistadas coinciden con la opinión de que conocer el idioma mejora el acceso y el trato que se recibe en los centros sanitarios. - Uno de los cambios que se han dado en cuanto al idioma es que debido a la crisis hay muchas menos clases de español disponibles para las personas que no lo hablan.

Tabla 4. Resumen Factores que influyen en el acceso relacionados con los usuarios	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Patrones de uso de los servicios (uso de las urgencias, asistencia a citas marcadas, frecuencia de asistencia).	
<ul style="list-style-type: none"> - Se acude a los servicios solo en caso de gravedad; intentan no acudir mucho. - Ante dolencia muy grave se acude a urgencias, pero normalmente se acude al CS. - Acuden directamente a Urgencias porque solo acude cuando es grave, ha intentado resolverlo por su cuenta o no tiene tiempo -o por ahorrar los tiempos de trámite y espera en AP-. - Ante problemas en la atención: dejar de ir; regresar en otro momento, resignarse y esperar; o intentar solucionarlos. - Atenderse en su país por dilación de los procesos en España. 	<ul style="list-style-type: none"> - parece que ha variado la frecuentación por diferentes motivos. La frecuentación es menor que anteriormente. - algunas de ellas se han cambiado de domicilio y por lo tanto de centro de salud de referencia, lo que ha hecho que mejore su posibilidad de acceso a los servicios. - por la dificultad en los trámites han dejado de acudir a los centros sanitarios. - Los últimos cambios en el acceso a la asistencia sanitaria y la multitud de informaciones acerca de las crisis y los recortes han hecho que muchas personas estén perdiendo la confianza en acudir al sistema sanitario público. Ello a veces está unido a alguna experiencia personal negativa. - Una de las personas entrevistadas afirma que optó por un sistema privado de salud porque el sistema público no le satisfacía todas sus necesidades.
Percepciones culturales o religiosas sobre salud y enfermedad (autotratamiento natural/farmacológico, prácticas religiosas o culturales).	
<ul style="list-style-type: none"> - Auto-tratamiento farmacológico para problemas leves en rumanos, bolivianos y UM+3. - Auto-tratamiento natural solo en bolivianos. - Pocos casos de automedicación. - Marroquíes y rumanos creen más en la medicina occidental, bolivianos combinan con la tradicional. - Percepciones particulares frente a salud y enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una de las personas entrevistadas afirma que en el último año y medio no ha acudido a los servicios de salud por haber hecho uso de productos naturales - esta persona afirma que el cambio a la utilización de productos naturales fue originado porque la persona entrevistada percibió que la atención no es lo suficientemente rápida para cuando se precisa.

Tabla 5. Resumen Aspectos Generales	
Periodo comprendido entre los años 2010-2011	Periodo comprendido entre los años 2012-2013
Opinión general sobre entrada al sistema y a los servicios.	
<ul style="list-style-type: none"> - El acceso es mayormente percibido como fácil, resaltando la gratuidad, aunque se pueden mejorar algunas cosas. - Facilidad de acceso, pero deficiencias en la continuación de la atención -trato con poca dedicación, necesidad de mucha gravedad para ser tomado en serio. 	
Percepciones de discriminación en o entorno al sistema de salud.	
<ul style="list-style-type: none"> - Percepciones de discriminación en el sistema sanitario: 'que nos traten igual que al que vive aquí' porque muchas veces te sientes que porque eres inmigrante no te echan cuenta'. - Percepciones de discriminación general/social: "Ellos siempre ven a la persona extranjera como algo que es inferior: Siempre gente siente extranjero aquí." - En servicios de salud se trata igual a inmigrantes y locales -pero, ¿eso es no discriminación?- 	
Contexto	
<ul style="list-style-type: none"> - Discriminación. - Ambiente poco propicio a la integración. - Desconfianza entre inmigrantes del mismo barrio - Cambio en las poblaciones de origen. - Crecimiento de la población. 	

6 Resultados Objetivo 4

Conocer la situación actual de las personas migrantes y su acceso a la atención sanitaria en Andalucía, analizando las características de acceso al sistema, a los servicios sanitarios y aquellas características de la población migrante que influyen, validando con las personas entrevistadas los resultados obtenidos en las dos fases anteriores de la investigación.

Objetivos específicos

- Conocer la situación actual y compararla con los resultados obtenidos en las dos fases de investigación anteriores.
- Identificar cambios que han podido ocurrir en los últimos años desde la perspectiva de las personas migrantes.
- Pedir que elaboren recomendaciones para la mejora del acceso de la población migrante a los servicios de salud del Sistema Público, en base a los resultados globales de la tesis y en su experiencia durante estos años en Andalucía.

6.1 Situación actual de salud de las personas entrevistadas

En general, el estado de salud de las personas entrevistadas tanto en los grupos como en las entrevistas es bueno. Además de ello, comentan que cuidan de su salud con hábitos de promoción de salud como el deporte y la alimentación, así como prácticas preventivas como realizarse analíticas periódicamente.

Bueno, yo soy xxx, y mi vida saludable la verdad es que está bien, no voy mucho al médico. Bueno, si tengo un resfriado o algo pues sí voy. Me gusta hacer deporte. Así que por ese motivo creo que es por el que no voy mucho al médico. Entonces me gusta comer bien y ya está.

MaValM7AITSI

Bueno, soy xxx, como protejo mi salud es que, bueno, siempre me hago analíticas de salud cada año para saber... Bueno, mi familia... Lo he hecho siempre cada año para saber cómo va la salud general. También voy al médico solamente si hay algo, si estoy mala tres días pues para ir. Y ya está.

MaValM6AITSI

No obstante, es generalizado en los tres colectivos el deterioro de la salud con el paso de los años. Incluso llegan a bromear con el tema de que llegan sanos y aquí se deteriora su salud.

¿Ah sí? ¿Cuándo has llegado?

El primero de febrero del dos mil dieciséis.

BoValM7SeTSI

Un añito llevas, ¿no?

Por eso está sano. (Risas) Es joven...

BOVALM9SETSI

Algunas personas relatan que llegaron sanas, y se mantienen sanas.

Nosotros llegamos hace 14 años, sin saber nada, sin conocer a nadie... Yo era muy sana, igual que ahora...

RuValM7GrTSI

Por lo tanto, aparece de forma generalizada que según pasa el tiempo en estancia en España, en su situación de migrantes, aparecen diferentes problemas de salud. Estos problemas son asociados a diferentes causas, una de ellas es el cambio en los hábitos, por ejemplo, de alimentación.

O sea, que ya, cuando estuve allá, que es todo a favor para mí. Y eso yo estuve... porque siempre flaco, no tan flaco como usted ve, pero cuando llegué de mi país sí, siempre he sido delgado. Y me engordé porque acá porque es linda la comida de vosotros, las chacinas, las pringaditas, qué sé yo, y siempre he ido comiendo... me gusta. Los salchichones que venden en el Mercadona, eso me tiraba de desayuno todos los días, comer y me engordé. Me vino un colapso porque me engordé, y ahí fue cuando yo caí allá en el hospital, estuve veinte días... quince días en la UCI y de ahí me pasaron arriba. Me desintoxicaron, porque estaba lleno de toxinas y todas esas cosas. Quedé bien, gracias a Dios.

BoValH8GrTSI

En algún otro caso, se alude el deterioro a causas relacionadas con el trabajo, bien por haber sufrido algún accidente laboral, o bien a causa de las condiciones de trabajo, muchas veces condiciones desfavorables, unidas a situaciones de estrés.

Me he ido al especialista... Alguna vez he tenido problemas porque ha tardado mucho, por ejemplo para que me saquen ecografía, casi un año la ecografía, porque he tenido que reclamar. También otras veces ha sido más rápido, últimamente tuve un problema de tendinitis, me han dado la cita aquí en Coria, bueno, tardó un poquito también ¿no? Para que me den la rehabilitación. Volviendo al tema de salud, de aparato digestivo, ya cuando me vio el especialista, ya después de hacerme unos pocos de estudios, ya que llevo unos cuantos años en esto ¿no? Que se pasa el tiempo ¿no? Entre ir y venir.

BoValH8GrTSI

Por tiempo que estuve, que he llegado de Bolivia, he llegado sano, bien, todo, siempre sano, de mi país. Y aquí tuve un accidente, donde yo trabajaba, me caí, estuve mal, pero como uno viene con todas las ganas de trabajar seguía yo... me di de baja un par de días y seguí trabajando. ¿Por qué? Porque uno viene a trabajar, porque a eso venimos, a trabajar por nuestras familias

BoValH8GrTSI

No obstante, y a pesar de que se produce la pérdida del “efecto de migrante sano”, tal como aparece en la literatura y se incluye en el marco teórico de esta tesis, entra también dentro de la normalidad el hecho que el paso de los años pueda conllevar alguna complicación de salud.

Pasó el tiempo, seguí así y me dieron... fui al traumatólogo, me dieron todas esas cosas y me dijeron que era una lumbalgia. Mi brazo no podía ni levantarlo, mi columna no podía ni agacharla, entonces seguía trabajando, me decía que era lumbalgia, me decía que... Me sacaron este... la resonancia, la radiografía, todo, y me decían que era lumbalgia, que no tenía nada, y yo le pedía a los médicos que me dieran un resultado, "¿Qué es lo que tengo? ¿Por qué me duele tanto ah?", no me la dan. Pasaron los años y pasé... porque estuve yo... factura había tenido en la columna, fractura de columna, y ha pegado eso y en dos partes tengo fractura, y mi brazo lo tengo malamente, mi brazo y la columna. Y pasó el tiempo y ya con ese dolor siempre, desde dos mil nueve lo llevo. Tomo dos pastillas, cuando duermo y fuerte. Y yo veo que ha habido negligencia médica, incluso he ido a un abogado, y qué sé yo, y lo están llevando mi caso.

BoValH8GrTSI

6.2 Entrada al sistema

6.2.1 Provisión de información de entrada al sistema y sobre la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual)

La falta de información acerca del acceso al sistema y a la tramitación de la TSI es una de las barreras o dificultades que aparece en las entrevistas en esta tercera fase. Personas que incluso llevan años en España, consideran que no es fácil saber dónde se puede obtener esta información.

(...)Incluso antes de eso, dónde voy a preguntar? Puedes preguntar incluso la propia administrativa sabe indicarte...pero no hay una vía sí, oficial, clara, una fuente a la cual tú puedas ir y consultar, una página web, un loquesea...

RuValM9GrTSI.

La información acerca del sistema general sigue llegando mayoritariamente a través de las redes familiares y sociales, que se mantienen como principales fuentes de información a lo largo de las 3 fases.

La gente, la gente, conocidos, amigos y todo eso. Te dicen que tienes derecho a tarjeta sanitaria para irte al médico, te explican. Nosotros también se lo explicamos a la gente que viene también.

MaValM7AITSI

Aparte de mi padre, nada más.

Que llegó desde tu padre, ¿no?

Y yo también, de mi familia.

MaValM7AITSI

El primer paso que he hecho yo, incluso antes de llegar mi marido, mi amiga. ¿No? Esa chica que me ayudó.

RuValM7GrTSI

Ella llegó primero, ella fue la que llegó primero, cuando llegamos nosotros, pues ella nos dijo, "Esto se hace más o menos así y así".

BoValH8GrTSI

Sí porque mi hermana, la que está en Barcelona, llegó antes y ella vivía aquí en Coria con una amiga de ella. Entonces al llegar, o sea, como antes era un poco más complicado el tema de papeles, había que empadronarse, sacarse la tarjeta sanitaria, porque eso era acumulativo para tener la tarjeta de residencia.

BoValH8GrTSI

¿Quién os dijo que aquí se podía ir al médico?

Un familiar, mi hermano, que ya estaba acá. Me llevaron primero a Sevilla, donde habían sacado de otra forma, no sé cómo, no sé cómo se va que tenía que hacer no sé qué trámite. Pero yo lo saqué aquí, no más, aquí en el ambulatorio. Me dio primero una provisional y luego me dio ya la otra.

BoValH6SeTSI

¿Quién te acompañó a hacerte los papeles?, ¿quién te dijo? ¿Alguna persona de una organización?

No, una amiga.

RuValM8GrTSI

En este sentido, se tiene muy en cuenta la nacionalidad de la persona a la que se pregunta, algunas personas hablan de preguntar a los "compatriotas" y otras comentan que el ser extranjero o migrante les une. Según las personas participantes, es mucho más fácil entablar conversación con una persona extranjera, de cualquier país, que con una autóctona.

Hoy día, si uno llega a Coria desde Bolivia y quiere saber cómo llegar a tener atención sanitaria, ¿qué pensáis que haría?

Preguntar a los conocidos antes de ir al centro médico. BoValM9SeTSI

O sea, que los familiares y la red social de...

Los compatriotas.

BoValH6SeTSI

Una parte del colectivo boliviano tenía una fuente de información importante que era la asociación de personas bolivianas en Coria del Río. Sin embargo, esta asociación en la actualidad permanece inactiva, aunque las personas que estaban en la asociación y que son informantes clave en esta investigación siguen siendo personas referentes para su colectivo.

¿Y aquí acudía porque aún teníais la asociación?

Sí, teníamos. Ahora está parada, porque el uno para acá... cada uno metido en sus cosas ¿no? Entonces...

BoValH8GrTSI

Vosotros en la asociación lo explicáis.

Lo explicamos a la gente y todo eso. Sus derechos, la gente que no tiene papeles, son gente...

MaValM7AITSI

Y cuando a él le ocurrió esto o a la persona saharauí que tú conocías, cuando le ocurre esto, ¿dónde acudís a buscar información?

Yo lo mandé donde la trabajadora social del ambulatorio, porque es mi amiga, entonces yo siempre le llamaba, le comentaba, y ella ya en muchas ocasiones me dijo, "Mira, mándamelo para acá para alguna situación". Entonces a ellos dos por ejemplo, al saharauí yo se lo mandé, él fue, pidió cita, lo atendió. Pero dice que no le pudo... ya después de tener interés por el hombre, que no le pudo arreglar, que igual no le atendieron y que lo único que hicieron es quitarle y romperle... "Mira lo que hago". Ya no sé quién...

BoValH8GrTSI

Sin embargo, en el colectivo marroquí se ha desarrollado el asociacionismo, elemento que no aparecía en etapas anteriores de la investigación.

Nosotros... ahora para trabajar con el distrito son dos años, porque somos nuevos, entonces hay más asociaciones que están con el distrito mucho tiempo antes. Que solamente cualquier persona puede venir a la asociación y solicitan la tarjeta sin tener la necesidad de desplazarse a lo que es emergencias.

MaValH9AITSI

Aquí en los pueblos normalmente sí encuentras algunas asociaciones que están trabajando de verdad, que no se quedan sin hacer nada, intentamos hacer lo que podemos, porque estamos trabajando con los bares, no tenemos sitio ni tampoco somos una administración que tiene un horario de trabajo, ¿entiendes?

MaValH9AITSI

También personas del colectivo rumano dicen haber recibido información de una ONG. Pero en el caso de este colectivo, no aparece ninguna mención a asociaciones referentes de su nacionalidad.

¿Quién te informó sobre el sistema sanitario?

En Granada Acoge

RuValM7GrTSI

¿Quién te habló de cómo acceder a la sanidad?

La persona que me hizo el empadronamiento

¿En el ayuntamiento?

No...En una organización...

RuValM8GrTSI

Una persona de origen rumano cuenta cómo encontró su primer centro de salud siguiendo a una persona vestida de sanitaria.

No, no...yo he pedido ayuda.Yo no pensaba de ir a urgencias ni nada, cuando he visto una chica por la calle con su bata. Puede ser que ella venía de la cafetería o...yo me he ido detrás de ella..."

RuValM7GrTSI

Sigue el discurso de que hay poca información desde las instituciones sanitarias. No obstante, por primera vez aparece el portal web de la Junta como fuente de información institucional, al menos para el colectivo marroquí.

¿Desde las instituciones no hay información?

Yo no he recibido, aquí no.

BoValM9SeTSI

Sí, aparte de una en una asociación puede hacer su tarjeta sanitaria y todo, que tiene derecho de... pues eso. Pero al público o la tele o periódico o algo así no, aparte de internet, no hay ninguna publicidad de eso.

Y tú has dicho, "Aparte de internet". ¿Crees que en internet sí hay información?

Normalmente estamos ahora en... ya todo funciona a partir de internet, ¿sabes? Normalmente en una web, a través de junta de andaluces, después en junta de andaluces te dan todos los derechos que tienes, te explican todo lo que tienes que hacer, ¿sabes? Tus derechos y tus deberes.

MaValM7AITSI

Hay una mejora en el acceso al sistema a partir de estar informado. El boca a boca sigue siendo un flujo muy habitual en la obtención de información.

O sea, yo... he notado el cambio ¿no? De cuando uno llega y no tiene los papeles, ¿no? No están en regla sus papeles, entonces, yo por ejemplo, que yo recuerde no utilicé cuando estaba así, los papeles en regla, médico porque, uno, yo no sabía que igual nos podían atender, que me recuerdo que estaba trabajando en un bar y me dijeron, "No, tú puedes ir y te pueden dar atención, no te la pueden negar". Pero fue ya... creo que fue un dolor, una lumbalgia que se me presentó pero sané así..."

BoValH8GrTSI

Una de las personas de Rumanía vino en condición de estudiante cuando todavía Rumanía ni siquiera formaba parte de la UE. Según lo que relata esta persona ni en el departamento de acogida ni en ningún sitio de la Universidad le hablaron de Salud ni del sistema sanitario.

Al llegar si quizá podrían haberme informado, por ejemplo los de la Universidad, yo venía con una beca, por una vía legal, formal...en la universidad, en el servicio de acogida...en ningún momento se habló de salud, ni de sanidad...cómo estoy, que médico, que no médico...que podría pasar, dónde tendría que acudir..."

RuValM9GrTSI

De hecho, esta misma persona, después de más de una década en España, mantiene que hoy día todavía no sabría muy bien o dudaría sobre dónde acudir para obtener información respecto al acceso al sistema sanitario.

No, no tengo nada claro donde tendría que ir a preguntar, la verdad, me imagino que tendría que ser en el sitio este donde también cuando nacen los niños le hacen la tarjeta de salud.

¿En la seguridad social?

Sí, ahí, en la seguridad social. (...)

Yo probaría yendo ahí, pero no tengo claro..fíjate no fui porque hay que ir, pedir número, esperar, igual no te atienden, esperar...y no, no puedes perder un día entero ahí.

RuValM9GrTSI

Es acusado el problema de desinformación que hay todavía, a pesar del tiempo de permanencia de las personas entrevistadas en España. El desconocimiento mayor sigue siendo respecto al derecho a la atención sanitaria de las personas en situación irregular y la fuente de “desinformación” suelen ser los medios de comunicación.

Pero por ejemplo, ¿acaso hay atención sanitaria para las personas irregulares? Digo yo, no lo sé. Eso por ejemplo ni yo lo sé ahora mismo.

BoValM9SeTSI

Yo he escuchado eso en las noticias, que van a recortar todo eso, los que no tienen papeles.

BoValH6SeTSI

Por eso es que yo digo, perdón, yo digo que esto es político, perdón si este... si pecho, (Risas) cuando está hablando la de la Junta, dice, “Sanidad, sanidad para todos” “¡Mentirosa!”, digo yo siempre, yo siempre digo mentirosa, porque es mentira, porque los casos que hemos vivido en Coria, entonces yo digo con argumentos, ¿no? Entonces...

BoValH8GrTSI

6.2.2 Trámites para la obtención de la TSI

Hay una consideración de que hoy día es más fácil obtener la tarjeta sanitaria que en las fases anteriores y que ésta es la llave de entrada al sistema sanitario.

Porque los problemas que tenían antes los emigrantes, digamos que los emigrantes se han documentado, antes tenían mucha documentación... no pueden acceder al sistema sanitario. Tiene mucha dificultad de tener un empadronamiento, no pueden solicitar la tarjeta sanitaria... Había mucha complicación, pero vamos, yo creo que en estos últimos años, el cambio que hay, es que cualquier persona puede pedir la tarjeta sanitaria, la tarjeta sanitaria es la manera para que puedas acceder al sistema sanitario, sin la tarjeta sanitaria no puedes tener ni cita... Tú médico puede tener tu historia, solamente va a tener acceso a lo que es... los campamentos de urgencia y todo eso, pero para las cosas más graves, más complicadas de la salud no puedes hacer nada de eso. Pero en los últimos años se ha mejorado bastante la cosa, como ejemplo, el experto en salud del Poniente. MaValH9AITSI

A mí me interesaba aprender español, la primera experiencia que hemos tenido en Granada Acoge donde siempre te aconsejaban mucho, de papeleo, de todo....

En Granada Acoge te ayudaron...

He conseguido muy fácil mi tarjeta sanitaria, en aquel momento

RuValM7GrTSI

Se relatan algunas razones por las cuales no se acude a los servicios sanitarios.

Persisten los miedos, según relatan los informantes acerca de terceras personas, de acudir a los centros sanitarios cuando las personas están en situación administrativa irregular, o les falta alguna documentación.

Sabemos que la gente que no tiene documentación tiene miedo al desplazamiento, sabemos que hay riesgo, hay policía de extranjería, en cada estación, en cada parada de autobús, están en todos lados, ellos tienen miedo a estos desplazamientos. Y entonces hay algunas veces que ellos se quedan en su casa hasta que llegan al punto grave de salud, desde este punto puede coger cualquier persona y llevarlo al hospital pero ya es tarde, mejor hacer las consultas antes para prevenir... Porque sabemos también que las medicinas tienen más efectos sobre los estados iniciales de... de...

De una enfermedad.

De una enfermedad que en los estados más críticos.

MaValH9AITSI

6.2.3 Fuentes de información y conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios

Cuando se habla de la entrada a los servicios se mencionan lugares y personas concretas. Por ejemplo, en uno de los grupos, se menciona una barrera de acceso por la persona que atiende en el mostrador de la entrada al centro. Por ello, se identifica el mostrador de la entrada como un problema para acceder al servicio.

Pero para lo que yo... me interesa, para lo que decía Rachid de, "El problema aquí está desde la..."

El mostrador:

MaValM7AITSI

Desde el mostrador:

MaValH9AITSI

Eso es importante, porque eso es lo que a ti te tapa el acceso, ¿no?

Sí, sí.

MaValH6AITSI

Para llegar:

MaValM7AITSI

No siempre les resulta fácil recibir u obtener la información sobre el acceso a los servicios sanitarios. En un caso relatan haber acudido a preguntar con una persona recién

Llegada y en el centro de salud les dicen que ellos no tienen información acerca de eso. Les derivaron a una asociación.

Esto nos pasa en todos lados. Por ejemplo, el otro día nos fuimos a un centro de salud que es un inmigrante que acaba de venir, que llevaba aquí hace veinte días o veinticinco días, a solicitar tarjeta, que tienes que ir a una asociación, que tienes que ir a Roquetas donde puedes solicitarla, le han dicho que no, que esto no, que no saben dónde pueden solicitar la documentación.

MaValH9AITS1

Claro, no le dijeron lo que tenía que hacer.

Dónde se puede acceder a esta...

MaValH9AITS1

No explican las cosas claramente.

MaValM7AITS1

Yo conozco a la chica, la que está en la recepción, tampoco sabe del tema, que es un centro de salud de aquí, ¿sabes? "Que no tiene nada que ver con los temas esos..."

MaValH9AITS1

También se habla de otros trámites, como el cambio de médico. En este caso, según alguna persona entrevistada es fácil cambiar de médico dentro de un mismo centro pero no entre un centro y otro.

¿Y para cambiar el médico ha sido fácil?

Como yo me enfadé con él, tengo el informe de la clínica Mediterráneo que yo tengo esa enfermedad, yo no pido nada más que análisis, tú no me has hecho, pues de momento me han cambiado de médico. De momento me han cambiado.

MaValM7AITS1

Es fácil para ser el mismo centro de salud pero si quieres cambiar de centro de salud es muy difícil, muy difícil. Por ejemplo yo, en el centro de salud de Cabañuelas y cuando quiero cambiar pasa lo mismo. La otra tiene muchos pacientes, no pueden cogermé, pues ya no puedo, me falta empadronamiento de otro sitio para hacer...

MaValM6AITS1

Un de las personas habla de que la burocracia es una de las mayores barreras y/o dificultades para acceder al sistema, y obtener la TSI.

Cuál dirías que es alguna dificultad para acceder...

La burocrática, la burocrática es mortal

RuValM9GrTS1

6.2.4 Trámites de obtención de la TSI: TSI como barrera y facilitador

Hay diferentes respuestas en relación a dónde han tramitado la TSI, mientras que algunas personas lo han hecho a través de alguna asociación u ONG, otras lo han hecho por su cuenta.

¿Y dónde obtuvisteis la tarjeta sanitaria? O sea, ¿en el centro de salud o a través de alguna ONG, Cruz Roja...?

La tarjeta sanitaria...

BoValH8GrTSI

Nosotros solos, nosotros solos, sí.

BoValM9SeTSI

El procedimiento también ha sido diferente. Algunas personas tramitan la tarjeta como parte del proceso de solicitud de residencia, mientras que otros/as lo sacan por necesidad de asistencia sanitaria.

Yo la saqué por el permiso de residencia por arraigo social, que había que estar tres años, entonces yo necesitaba la tarjeta sanitaria aunque no esté enfermo, entonces era un requisito.

¿Y cómo recordáis los trámites para tener todos esos papeles?

Aquí en... ¿Cómo se dice eso?

BoValH8GrTSI

Asuntos Sociales.

BoValH8GrTSI

En Asuntos Sociales había una abogada de...

BoValH8GrTSI

De extranjería.

BoValM9SeTSI

Los papeles... de permiso de residencia, entonces...

BoValH8GrTSI

La TSI se considera, por lo tanto, parte de los papeles necesarios para obtener la residencia o la nacionalidad.

Formaba parte del tema de los papeles, en principio era...

La tarjeta sanitaria.

BoValH8GrTSI

De principio... la tarjeta sanitaria, más o menos...

O sea, tener recibos, envíos y todas esas cosas para...

BoValM9SeTSI

Lo que pasa que a ellos les hizo bien eso así porque han tenido la tarjeta de residencia por arraigo social. Mi caso no fue así. Entonces yo no necesité tener la tarjeta sanitaria, por ejemplo, para... o sea, como experiencia acumulativa para... era un pasito para tener la residencia. BoValH8GrTSI

Según alguna persona participante en esta fase, el trámite de obtención de tarjeta es más complejo que hace algunos años.

... igual esta, mi amiga que iba a venir, la que no pudo asistir; también tuvo problemas con su hijo de catorce años, que lo trajo igual, con la nacionalidad, y no podía sacarle la tarjeta sanitaria a su hijo mientras ella no hubiera estado cotizando y ella ya teniendo la nacionalidad española. Entonces yo lo veo ahora un poco más complicado de lo que ha sido en estos tiempos, y nosotros por ejemplo sólo íbamos, rellenábamos el formulario, nos daban el resguardo y llegaba a la casa o nos avisaban, que era una tarjetita así...

BoValH8GrTSI

Antes muy fácil, porque hay un libro, antes, hay un libro, que solamente hay que llevar el libro de familia, que es mi hija, y ya está, que viene un listado donde vienen los nombres y ya está. Un librito así teníamos antes.

MaValM7AITSI

Tenías un librito de tarjeta sanitaria en el que se adjuntaba...

Toda la familia.

MaValM7AITSI

¿Y tú no tenías que llevar ningún papel ni nada?

Antes, antes.

MaValM7AITSI

Cuando tú llegaste era así.

Sí, sí, sí. Solamente esa libreta, la llevas y ya está, sin citas ni nada. Solamente tienes que ir por la mañana para coger número y ya está.

MaValM7AITSI

Estas personas que comentaban que aumentó la dificultad de trámite para obtener la tarjeta sanitaria comentan que hoy día ha vuelto a ser más fácil.

Ahora sí ha mejorado y ahora es más fácil, coger solamente y en el mostrador te presentas tu fotocopia de DNI o de permiso de residencia y en quince días te llega a la casa. Pero un poco antes muy difícil para hacerlo.

MaValM7AITSI

O sea, crees que cuando tú llegaste era más difícil...

No, era fácil y después llega que es difícil y ahora es más fácil.

MaValM7AITSI

Algunas personas relatan que hoy día se sienten más desinformadas acerca de cómo realizar los trámites para obtener la tarjeta sanitaria. Una de las razones es, según las personas informantes, que a raíz de la crisis económica, hay menos organizaciones a las que acudir:

Nosotros, por ejemplo, cuando teníamos la asociación, acudíamos a una... cómo se llama... a una... ONG que había en Sevilla, sí, Estibaliz era. Ella era nuestra amiga, era la que nos

asesoraba. Entonces acudíamos a ella a preguntarle y ella nos explicaba, nos solíamos reunir allá con ella y ya eso nosotros lo informábamos.

BoValH8GrTSI

¿Y hoy día?

Hoy día estamos totalmente desinformadas. (Risas)

BoValH8GrTSI

Lo que pasa que también eso con la crisis que ha venido ya no hay tantas ONG, hay poca información.

BoValM9SeTSI

¿Eso desde cuándo? Que haya menos ONG y menos información desde cuándo lo notáis.

Yo creo que desde que ha venido este tema que dicen de... desde que surgió la crisis.

BoValM9SeTSI

Desde dos mil trece, doce.

BoValH8GrTSI

En el caso de las personas de Rumanía, algunas relatan que cuando este país no pertenecía a la UE las personas entrevistadas, acudían a organizaciones como Granada Acoge. Una vez que Rumanía entró en la UE el trámite cambia, no obstante, una de estas personas nos relata que se casó con su pareja española para aligerar los trámites de obtención de la TSI.

Entonces, aunque Rumanía entró en la UE, yo para aligerar esto me casé, y ya cambié de estatus y xxx me metió en su tarjeta sanitaria.

RuValM9GrTSI

Esta persona además comenta que el trámite en su caso fue fácil, aunque duda si lo hubiera sido si ella no se hubiera casado con una persona de nacionalidad española.

No, no...el trámite no fue difícil, no fue difícil porque él estaba asegurado y me pasó con él directamente, si yo no hubiese tenido un marido asegurado no sé lo que habría pasado, o si me caso con un rumano, habríamos estado en las mismas.

RuValM9GrTSI

6.2.5 Posesión de la TSI

Todas las personas entrevistadas en esta fase de la investigación poseían la TSI en el momento de la entrevista. No obstante, hay muchas locuciones acerca de las consecuencias de no tener la TSI, bien por experiencia previa de no haberla tenido o bien por información que tienen acerca de otras personas.

6.2.6 Consecuencias de no tener TSI.

Entre las consecuencias que se relatan en torno a la no posesión de la TSI está el no acudir a los centros sanitarios. Así como se ha comentado anteriormente, según relatan las personas informantes acerca de terceras personas, el miedo por no tener la TSI hace que las personas no acudan a los centros sanitarios cuando están en situación administrativa irregular o les falta alguna documentación.

Sabemos que la gente que no tiene documentación tiene miedo al desplazamiento, sabemos que hay riesgo, hay policía de extranjería, en cada estación, en cada parada de autobús, están en todos lados, ellos tienen miedo a estos desplazamientos. Y entonces hay algunas veces que ellos se quedan en su casa hasta que llegan al punto grave de salud, desde este punto puede coger cualquier persona y llevarlo al hospital pero ya es tarde, mejor hacer las consultas antes para prever... Porque sabemos también que las medicinas tienen más efectos sobre los estados iniciales de... de...

De una enfermedad.

De una enfermedad que en los estados más críticos.

MaValH9AITSI

Otra consecuencia que se explicita es el no recibir asistencia sanitaria.

Yo he tenido referencias de personas de que no le han atendido porque no han tenido, no tienen la documentación en regla, o sea, que están ilegales. Por ejemplo, hablo de un boliviano, mi hermana sabe un poco más a fondo porque era inquilino allí en su... vivía en su piso.

BoValH8GrTSI

Se relata algún caso en el que se les había quitado la tarjeta sanitaria.

Después le... quitaron su tarjeta sanitaria que tenía, se la quitaron, aquí en el ambulatorio, aquí en Coria (...) pero igual iba y no le atendían, igual le quitaron su documentación que tenía en un resguardo y se la... en su cara, "Mira, esto es la...", y se la rompieron, entonces... y no le atendían. Él ahora mismo se ha ido, está por Francia, el hombre este del que hablo yo.

BoValH8GrTSI

6.3 Entrada a los servicios

6.3.1 La accesibilidad organizativa de entrada a los servicios

La entrada a los servicios se percibe en general como fácil. Se relatan algunas formas de tramitar las citas, si son urgentes o si quieren para ese mismo día se puede ir temprano por la mañana, y si no, se puede hacer por vías como internet o teléfono. Estas dos últimas vías se valoran como muy facilitadoras.

Alguna otra cosa que penséis que dificulta así...?

Y por ejemplo, para coger cita, ¿es fácil coger una cita?

Sí, muy fácil. Ahora con internet y por teléfono, muy fácil.

MaValM6AITSI

Muy fácil. Para el centro de salud tienes que coger una hora por la mañana y ya está. Si quieres el mismo día tienes que coger estas horas, a las ocho o las ocho y media. O si quieres, que no es tan urgente, por internet o por teléfono, no hay ningún problema.

MaValM7AITSI

Y desde que se pide la cita médica de cabecera por internet, así que ya no utilizamos de ir a hacer la fila ¿no? Y que nos dé cita la que está allí en el mostrador.

BoValH8GrTSI

Se ha mejorado en ese sentido.

Se ha mejorado.

En ese sentido. Hacer la cita por internet, ya no hacer fila.

¿Os resulta fácil el coger cita?

Por internet sí.

BoValM9SeTSI

Un facilitador tanto en la entrada como en la utilización de servicios, tanto desde el punto de vista del idioma como de la comunicación en general, es la figura del mediador/a. Por ejemplo, las personas informantes relatan que en uno de los hospitales de referencia, una persona mediadora ayuda a las personas que llegan y no saben dónde tienen que ir. Otro servicio que presta esta persona mediadora es ayudar a aquellas personas que no manejan el español.

Los problemas que hay ahora, que el problema que hay de la comunicación en el centro, sabemos por ejemplo, te doy el ejemplo, que en Torre Cárdenas o el Poniente, hay un servicio, un mediador.

Sí.

Que puede hacer la traducción en varios idiomas, que puede facilitar a la gente que no saben hablar español la integración al acceso sanitario, porque sabemos que por ejemplo uno viene, habla por ejemplo árabe, el otro habla español, su médico que es español y no entiende nada del idioma árabe, que es chino para él, para el médico es chino y para el marroquí también. Entonces sí hay complicación, que el médico no tenga una barra mágica, varita mágica, para saber lo que tiene el paciente, entonces necesitan comunicarse. Lo que pasa en el centro de salud es... es que es fatal, fatal totalmente, porque no hay...

6.3.2 Accesibilidad física

La accesibilidad física entendida como acceso físico a los centros sanitarios no se comenta apenas, por lo que no parece ser una barrera importante para el acceso de las personas entrevistadas. Bien es verdad que entre ellas no hemos tenido a ninguna persona con movilidad reducida ni por minusvalía física ni por edad avanzada. Lo que sí comentan es que conocen que se puede llamar a una ambulancia para las personas que no pueden acudir de otra forma.

Pues su salud. Si no puede andar, si no puede... si sufre algo de respiración o algo es normal que no pueda andar, tiene que llamar a la ambulancia si no pues no puede.

MaValM7AITSI

¿Y la ambulancia viene?

Sí, eso sí, eso no... viene y no tarda mucho, no tarda.

MaValM7AITSI

Más adelante se aborda este tema cuando se habla del volumen y distribución de los servicios.

6.3.3 El idioma

El idioma sigue apareciendo como una dificultad no tanto para acceder a los servicios, pero sí para recibir la atención. El discurso de la dificultad es recurrente, mayoritariamente en el colectivo marroquí.

Y cuando llegáis a una consulta ¿no? ¿Ahí pensáis que hay alguna dificultad, que tenéis alguna dificultad añadida?

Hay gente, sí, por ejemplo, a las personas que les cuesta mucho por ejemplo el español, pues sí le cuesta. Y más si no se entiende con la... o sea, el problema es si no te entiendes con el médico o algo pues le cuesta más, pero la gente que sepa hablar bien no, yo creo que no.

MaValM7AITSI

Aparece el recurso de la mediación como posible alternativa a la dificultad con el idioma.

Que puede hacer la traducción en varios idiomas, que puede facilitar a la gente que no saben hablar español la integración al acceso sanitario, porque sabemos que por ejemplo uno viene, habla por ejemplo árabe, el otro habla español, su médico que es español y no entiende nada del idioma árabe, que es chino para él, para el médico es chino y para el marroquí también. Entonces sí hay complicación, que el médico no tenga una vara mágica, varita mágica, para saber lo que tiene el paciente, entonces necesitan comunicarse. Lo que pasa en el centro de salud es... es que es fatal, fatal totalmente, porque no hay...

Claro, ese servicio de mediación.

Solamente... aquí, en la provincia de Almería, hay dos, Torre Cárdenas y el Poniente, nada más...

MaValH9AITSI

No obstante, en algunas ocasiones problemas de comunicación con el idioma no son tales. Alguna persona entrevistada comenta que a veces se bloquea y no le salen las palabras.

Eso me ha pasado a mí. Yo fui a pedir análisis, no me salieron de boca y me quedé bloqueada y no me entiende. Una de Francia y la otra en español.

MaValM7AITSI

También se quejan de que no hay interés en entender; o en ayudar a las personas que hablan otra lengua en explicarse, cuentan que con solo confundirse en una palabra parece que ya no se les entiende.

Realmente yo no sé qué me pasa en mi cabeza que solamente cambias una letra que ya no te entienden, y tampoco quieren ayudarte para saber qué quieres decir, ¿sabes?

MaValM7AITSI

Y luego una cosa que no había... con vosotras no ha salido, ¿no? Que decía Rachid, que la administrativa del centro de salud de aquí no sabe tampoco.

No sabe, no sabe.

MaValH9AITSI

No entiende una palabra y ya se cierra.

MaValM7AITSI

Se cierra, ese es el problema.

MaValH6AITSI

También... tú nada más que cambias una letra el médico no te entiende, tienes que hablar español perfectamente.

MaValM7AITSI

6.3.4 Volumen y distribución (AP/AH)

En cuanto al volumen de servicios de salud, algunas personas entrevistadas hablan positivamente de que en los últimos años ha aumentado el número de centros sanitarios, sobre todo de Atención Primaria.

Y notáis algún cambio, tú que naciste aquí y has vivido toda la vida aquí, pero las que llegasteis aquí después. ¿Veis que haya algún cambio desde que llegasteis a hoy? A la hora de acudir al médico.

La verdad que hay muchos cambios, muchos cambios. Han mejorado de algo y han empeorado de algo, ¿sabes?

MaValM6AITSI

A ver.

Ha mejorado que ahora hay más centros de salud, en cada pueblo, cada zona, tiene su centro de salud, hay más médicos y bueno, en muchas cosas. Pero ha empeorado cómo tratan a la gente.

MaValM6AITSI

La percepción de la distancia varía en función de los servicios. En general los centros de salud se perciben como cercanos, incluso independientemente de cómo se acceda a ellos, al igual que en las fases anteriores.

Bueno, depende de cada uno.

MaValM7AITSI

Hay algunas que tienen coche, van con coche...

MaValM7AITSI

Donde vivimos nosotras, por ejemplo, no está lejos, está cerca. Y vamos andando o en coche, o sea...

MaValM7AITS1

¿Todos tenéis accesibilidad?

No es muy grande Coria. Bueno, a nosotros nos coge cerca.

Hay lugares de domicilio (residencia) de algunas personas donde no hay centro de salud. En estos casos sí se percibe que hay mucha distancia para acudir, sobre todo, para aquellas personas que tienen que ir andando.

¿Y es fácil para vosotras acudir?

Sí, un poco lejos pero andando.

Sí, vienen andando aunque estén muy lejos. De Corsario hasta Vícar, porque en De Corsario no hay centro de salud. Es un camino de tres kilómetros.

MaValM7AITS1

¿Y no hay transporte público para ir?

Público sí, hay, pero ¡puf...!

MaValM7AITS1

Para que pase...

MaValM6AITS1

Lo que pasa es que estás media hora para que pase el autobús pero no viene.

MaValM7AITS1

Los hospitales, en general, están más lejos de las personas entrevistadas, sobre todo para las personas que no viven en ciudades, como las personas bolivianas y marroquíes en nuestra investigación.

En estos casos, se percibe un problema cuando no tienen vehículo propio, bien por tener que esperar mucho tiempo al autobús, por tardar mucho en llegar o por tener que pagar por el transporte. Al igual que en otros momentos de la estudio, en la actualidad aparece también el transporte "en negro", es decir, hay personas que cobran a otras por llevarlas a los centros sanitario en su vehículo particular:

Claro, lo hacen para evitar eso. Una cosa es al centro de salud, ¿no? Que está más cerquita, pero cuando tenéis que ir al hospital por ejemplo...

No, muy difícil, muy difícil. Tienes que esperar más de dos horas y a ver si tienes suerte, la verdad.

MaValM7AITS1

Y alguna vez, por ejemplo, habéis tenido que pagar para ir? Es decir, o bien el transporte público o habéis tenido que coger un taxi...

la verdad, lo que conocemos nosotras, la gente que conocemos nosotras, hay algunos que trabajan... transporte en negro. Que lo llaman por teléfono, que vienen y lo recogen en su

casa, en su domicilio, dónde quiere ir y para ir tienen una tarifa. Muchos van al hospital de Poniente para coger un transporte público.

MaValM7AITSI

No, esa cita para centro de salud, pero si tienes cosas urgentes... Por ejemplo, si tienen que mandarte al especialista eso...

MaValM7AITSI

¿Y para ir a esos sitios también pensáis que es accesible?

Ahí es un poco más complicado.

BoValM9SeTSI

¿Cómo vais allí?

En autobús, yo me manejo en autobús.

BoValM9SeTSI

Hay que coger dos autobuses o tres.

BoValH8GrTSI

En la distribución de los servicios en sí mismo, se valora que el haber separado los servicios de pediatría de los de personas adultas ha facilitado el acceso, tanto por el tiempo de espera como por la forma de llamar a consulta.

¿Pensáis alguna cosa que os haya facilitado el acceso?

Nos ha facilitado que apartan, como era... lo de adultos con pediatría, ahora están separados.

MaValM6AITSI

¿En el centro de salud?

No, en el hospital. También el espacio de... pediatra no, de... lo de cabecera, cada uno. Pero bueno, estoy hablando del hospital, ahora ya no esperas mucho cuando vas a urgencias, por ejemplo de pediatra. De eso se ha facilitado. Es también la manera de llamar con micrófono, dicen tu nombre y vas directamente, no como antes, estás esperando que salga la enfermera y todo eso. De eso sí, de eso sí.

MaValM6AITSI

6.3.5 Horarios de atención

En cuanto a los horarios de atención, se perciben como insuficientes.

¿Hay suficientes horarios?

No.

MaValM7AITSI

No.

MaValM7AITSI

Parece que es bastante generalizada la necesidad de horarios de atención por la tarde, aunque afirman que puntualmente existe.

La mayoría de los médicos aquí en VÍcar están por la mañana, por la tarde habrá, hay algunos médicos.

MaValH9AITSI

Una vez a la semana.

MaValM7AITSI

¿Vosotros pensáis que mejoraría...?

De cinco a ocho, ¿no? O a siete, desde cinco a siete, tampoco es horario de... de...

MaValM7AITSI

¿Los horarios de atención?

No he tenido, yo que sé, que mi médico de cabecera tiene por la tarde...

RuValM7GrTSI

Respecto a las citas, tengo la experiencia de que depende mucho del centro de salud, o del centro sanitario en sí, porque yo aunque viva ahora en ALHENDÍN tengo el centro de salud en Armilla, es un centro muy grande (...), y sigo porque cita de pediatra por la tarde, y en Alhendín no lo tienen, no me puedo cambiar a un sitio donde tienen cita solo por la mañana (...) eso es una barrera importante, el horario. Si yo trabajo por la mañana tengo que ir por mis niños, o por mi propia salud, tengo que ir por la tarde sí o sí. No me voy a pedir un día de trabajo para llevarme a la niña al pediatra, ¿no?

RuValM9GrTSI

Las razones por las que opinan que debería haber horarios de tarde es la compatibilidad con horarios laborales y escolares.

¿Y pensáis que mejoraría si hubiera centros de salud por la mañana y por la tarde? ¿Si mejoraría todo el sistema, digamos, el acceso?

No sólo por los trabajadores, también por los alumnos, ¿sabes? Que...

MaValM7AITSI

Más importante por los niños que por la mañana tienen cole.

MaValH6AITSI

Tienen cole, claro.

Sí.

MaValH6AITSI

Para el cole un justificante es suficiente. Lo importante es saber lo que está pasando, que los padres están trabajando.

MaValH9AITSI

¿Y quién va a llevar al niño?

MaValM7AITSI

No, hay, hay mucha gente pero si pierdes tu puesto... Al jefe le interesa uno que pueda estar todos los días ahí, no falte ningún día.

MaValH9AITSI

Eso es otra cosa, lo del trabajo es otra cosa, porque antes había poca gente, el jefe no te puede perder; te trata bien en todo. Ahora te trata mal, si quieres seguir sigues y si quieres...

MaValM7AITSI

Una de las razones que más se comenta para no poder acudir al centro de salud es la incompatibilidad con el horario laboral, y la imposibilidad de utilizar tiempo de trabajo en ir al centro de salud en su tiempo de trabajo, por el topo de trabajo que desempeñan o por sus condiciones laborales.

Tienes que tener un poco la mente abierta para entenderlo, que esta gente no puede ir a su médico de cabecera porque no pueden, porque están trabajando.

MaValH9AITSI

¿Habéis tenido alguna dificultad por el horario del centro de salud?

¡Ah sí! Por ejemplo cuando estamos trabajando, para acudir a la médica de cabecera, bueno, en verano creo es sólo que trabaja ¿no? O en invierno, no sé.

BoValH8GrTSI

En invierno, en verano ponen la cita por la tarde.

BoValM9SeTSI

Es que el tema laboral también es un poco complicado porque depende del sitio donde se trabaje. Por ejemplo en verano, no hay medicinas por la tarde, o sea, no hay médico por la tarde. Entonces cuando se pide permiso para ir al médico por la mañana o llegas un poco retrasado, muchas veces los empleadores se molestan, porque dicen que hay y que atienden por la tarde, pero yo creo que para ellos también es falta de información, porque no saben que en verano no hay médico por las tardes. Entonces hay que aguantarse muchas veces lo que uno tenga para no tener problemas en el trabajo.

BoValM9SeTSI

Y cuando has ido, ¿ha sido porque lo necesitabas con bastante urgencia?

Los primeros...en Realejo...en el Centro de Salud de Realejo... (...) ...ir una vez cada año y medio...no necesitaba pero es que tampoco tenía tiempo, yo estaba trabajando, cuando he empezado a trabajar, yo trabajaba de lunes a domingo, sin ningún día de descanso...

¿Pedir día libre para ir al médico? No, no se me ocurrió nunca.

RuValM7GrTSI

Esta incompatibilidad hace que algunas veces se opte por ir a las urgencias en otro horario.

Depende del agricultor, depende del jefe. Yo tengo algún problema mañana, para arreglar papeles, si me lo pido al jefe no me lo da, "No, si te vas hoy ya no vengas más", porque no es como antes, antes sí, antes no pasaba nada, pero no, te hace falta solamente una hora y no.Y a la gente, por eso la gente, prefiere trabajar y al Poniente.

MaValH6AITSI

Los/as profesionales sanitarios a veces tratan de ayudarles ante esta dificultad.

Que hay un día por la tarde, un día por la tarde, sí.Yo por ejemplo le dije, "Mire, este... voy a estar seis meses en el ayuntamiento de La Puebla, de ayuda a domicilio, y me coge todas las mañanas, entonces va a ser un poquito difícil venir, ¿no? Y coincidir ¿no?".Y ya me puso que me pongan las medicinas, porque igual me dice ella que puedo llamarla por teléfono, las medicinas

que tomo para el aparato digestivo, me dice, "Lláname y yo ya me fijo y te las puedo poner si se te agotan", porque las tomo...

BoValH8GrTSI

La mayoría de las personas (marroquíes) entrevistadas pondrían horarios de consulta por la tarde, tanto empezando a las 5 como a partir de las 6.

Si os dieran la posibilidad de decir...

Mejorar, sí, pues mira, que...

MaValH9AITSI

Que hubiera médicos por la tarde.

MaValM7AITSI

Es una cosa... por la tarde, tu médico de cabecera es tu médico de cabecera.

MaValH9AITSI

Pero a partir de las seis...

MaValM7AITSI

Puedo poner como ejemplo... en Vúcar esta, en Vúcar.

MaValH9AITSI

Hasta las seis.

MaValM7AITSI

Sí, hasta las seis, de cinco a seis.

MaValH9AITSI

Hasta las ocho.

MaValH6AITSI

A las cinco empieza.

MaValM7AITSI

Sí.

MaValH9AITSI

6.3.6 Personal sanitario (AP/AH)

Uno de los problemas que perciben las personas entrevistadas es que cuando acuden a su consulta no encuentren a su profesional de referencia (médico/a de cabecera). En este caso algunas personas optan por preguntar previamente, y si esta persona no está, dejan de acudir a la consulta.

Es que mire, hay veces que por ejemplo, sacamos cita para el médico, y cuando vamos al médico resulta que la médica de cabecera no está, hay un pasante, entonces le dices cualquier cosa a ese médico pasante porque no le lleva una frecuencia, entonces a veces ella también suele ir y ve al pasante y se agarra y se sale porque es una pérdida de tiempo.

BoValM9SeTSI

Claro, por ejemplo esto que me pasó en el hombro. Me sacaron la radiografía en Sevilla y me vine a ver el resultado, no había mi médico de cabecera, había una pasante, y me dice,

"No, lo que tú tienes es artrosis". Después cuando yo voy y le digo que seguía el dolor, el dolor, no lo podía mover para nada el brazo, le digo a mi médico, a mi médica de cabecera, le digo, "Mire usted, ¿cuándo va a venir doña...?" Y ya vine y su compañera me dijo, "Tal vez mi compañera...", estaba malita o algo le pasaba, "¿Cómo te va a decir que tienes artrosis? Esto es una tendinitis. Entonces ya la próxima vez había una pasante agarré y me fui, la vi que no era ella y me salí.

BoValH8GrTSI

Otra cosa es que te cambien el pediatra y ¡tú no te enteras! Eso me parece fuerte. (...) no me puedes asignar así porque sí.

RuValM9GrTSI

Acerca de los profesionales sanitarios, también se les señala como responsables de las demoras del sistema. Se relata que hay una actitud de profesionales, en diferentes ámbitos, que en vez de atender a las personas suelen estar conversando, provocando demoras innecesarias.

335

Y que también la gente... yo... O sea, cuando uno está trabajando... Por ejemplo, a nosotros nos exigen trabajar, trabajamos, y ustedes van a una entidad pública, cualquiera que sea, y los empleados están conversando y la gente esperando.

BoValM9SeTSI

Entonces... y eso es en todas las entidades. Yo creo que eso también afecta, porque si uno tiene hora, o sea, por hora la cita, y los empleados ahí conversando y no estén atendiendo al público, o sea, a la gente que hay ahí, eso dificulta también la atención y eso va con retraso. Y no solamente es en cuestión sanitaria sino en todo.

BoValM9SeTSI

No obstante, en algunos casos, también se habla positivamente de que los profesionales se tomen el tiempo necesario para estar con los/as pacientes.

La médica de nosotros, por ejemplo, se toma el tiempo que ella necesita para ver a un paciente, no son los cinco minutos exactos que pone. Ella revisa, o sea...

BoValH8GrTSI

6.3.7 Servicios disponibles (AP/AH)

Cuando se pregunta por los servicios disponibles, muchas de las personas entrevistadas hablan con cuestiones relacionadas con los medicamentos que se les recetan o los tiempos de espera.

Por un lado, una de las respuestas más comunes es que ante cualquier sintomatología, solo se receta paracetamol o ibuprofeno.

Cuando vamos al médico no nos dan ninguna solución, nos mandan paracetamol e ibuprofeno, ya está, para el malestar y ya está, las recetas que nos dan.

BoValM9SeTSI

Y también en las urgencias, aquí en Vícar, yo... un tiempo, cuando estoy mala, me pasé dos horas en el mismo sitio con dolor de garganta y cuando entro me da solamente ibuprofeno, un... no sé cómo se llama... amoxicilina o algo así.

Una mujer que grita, que está embarazada, que grita mucho pero nadie la escucha. Eso... muy mal.

MaValM7AITSI

Cuando pasa consulta puede durar, como mucho, cinco minutos. Y es que encima ni se levanta de su sitio, se queda sentado en su sitio hablando contigo, o sea, no te revisa, nada, en su sitio y hablando contigo. Qué tienes, receta y te vas, ibuprofeno, paracetamol y te vas para tu casa. MaValM7AITSI

Esto suele generar que las personas ante esto, recurren a remedios caseros y dejan de acudir a los servicios sanitarios.

Aparte que era un servicio de urgencias cuando uno se siente mal... Por ejemplo a mí, yo le tengo pánico a que me dé un resfriado porque soy de las personas que no duermo, tosiendo.

BoValM9SeTSI

¡Ah!

Entonces me la paso la noche en vela. Y no me dan soluciones el ambulatorio, y el de urgencias, aparte de esperar un montón de tiempo porque hay mucha gente poco solucionan, entonces que optamos por tomar remedios caseros.

BoValM9SeTSI

Dentro de los servicios disponibles algunas personas entrevistadas también hablan del tiempo de consulta. Se percibe como tiempo para las consultas, lo que se relaciona con el trato recibido y la escucha del/a paciente por parte del profesional.

Pues que el médico le dedique más tiempo al paciente, no solamente hablar con él, que le revise, que sepa lo que tenga, que le explique lo que tiene, eso.

MaValM7AITSI

Muy bien, sí, una buena medida ¿no? Con más tiempo.

Claro.

MaValM7AITSI

Últimamente tratan a la gente muy mal.

¿Pero en el sentido de...? ¿En qué sentido?

No por ser marroquí... generalmente, en general a todas las personas. El médico no... no escucha a su paciente.

Cuando pasa consulta puede durar, como mucho, cinco minutos. Y es que encima ni se levanta de su sitio, se queda sentado en su sitio hablando contigo, o sea, no te revisa, nada, en su sitio y hablando contigo. Qué tienes, receta y te vas, ibuprofeno, paracetamol y te vas para tu casa.

MaValM7AITSI

También hay percepción de que no se realizan suficientes o las pruebas diagnósticas necesarias, ni tampoco las derivaciones necesarias a la atención especializada.

Aunque te explica no te explica toda la enfermedad qué es ó dice qué tienes. Ya está, venga receta y ya está, no tiene... Solamente que estás resfriada, que una tos pues la mayoría de la gente va a ser resfriado, ¿sabes? O tiene dolor, ¿sabes? Eso sabe perfectamente lo que tienes que decir. Por ejemplo, "Ese dolor viene, por ejemplo, del hígado", ¿sabes? Algo que puede ser eso y te manda a hacer radiografía, no. Por ejemplo, a mí me pasó, tienes dolor de más de cinco meses, siempre el médico, calmante, calmante, calmante, hasta que pasaron cinco meses y dije, "Es que no puedo aguantar más. Que me manden a un especialista, una radiografía, análisis o que me haga algo, sino no puedo aguantar más. No puedo, como una tonta que vengo...". Calmante ya lo tengo, lo tengo en la cabeza, ¿sabes? Y eso no sirve para nada, calmantes. Me dice, "Vale, vale", y me mandó a hacer radiografía pero no...

MaValM6AITSI

Pues ese problema. En mucha gente lo he visto yo. No lo mandan a especialistas, no lo mandan a hacer radiografía... Por ejemplo, fíjate, por eso he cambiado yo el médico de cabecera. Llevo tres años sin hacer análisis, en general, del cuerpo. Normalmente cada seis meses o un año por lo menos, me dice, "¿Por qué lo quieres hacer?" y yo digo "Si lo quiero hacer, es mi derecho ¿no?" Y dice, "Madre mía... No hace falta. ¿Te quejas por algo? ¿Te duele algo?", y yo digo, "No", y no me mandó para hacer análisis.

MaValM6AITSI

Por ejemplo yo, de vez en cuando me dan reacciones alérgicas, ¿no? Y no sé el por qué, o sea, no sé el por qué. Entonces cuando voy al médico, que se lo he dicho, no me ha mandado ni siquiera hacerme una prueba alérgica ni nada, nada, las pastillas de la alergia y que me empiece a tomar las pastillas y ya está. No sé ni el por qué... nada.

MaValM7AITSI

Cuando se habla de pruebas diagnósticas o derivaciones, normalmente suele salir el discurso en torno al tiempo de espera. En general, el discurso de que hay mucho tiempo de espera para obtener ambas es muy repetido.

Hay mucho tiempo de espera.

Eso... haces que te mueres y a ver si te llaman, te mueres y a ver si te llaman.

MaValM7AITSI

Esperar mucho sí, pero mucho, sí. En mi parto, fue con cesárea. Y viene el médico y dice que esta mujer ya va a tener una cesárea, no va a tener parto normal.

MaValM7AITSI

(Suena móvil)

Perdona.

Sí, cógelo.

Bueno, me estabas contando del parto.

Sí. Me quedé esperando más de cuatro horas para prepararme para hacer la cesárea, sí. Vienen y dicen, "Es que no hay cama, todavía no viene el cirujano...", bueno, y mil cosas y no me para el dolor, sigo con el dolor del parto, y digo, "Si ya voy a una cesárea por qué me...".

MaValM7AITSI

Tú ya dices, “Hasta que me saquen lo que sea”.

Sí, y ya está ¿no? Y también por mi hija, que ha hecho una operación del oído... Se ha operado mucho. Porque la llamo por teléfono y me ha dicho que la niña se tiene que quedar sin comer desde las doce de la noche porque a las nueve tiene cita para meterla en...

MaValH9AITSI

En quirófano.

Sí, y esperamos hasta las una. Y la niña sufrió de comer porque es una niña. Ahí yo he peleado con ellos, he hecho mi reclamación porque me llaman y me dicen que le corte la comida a las seis de la madrugada cómo puede ser que tiene que estar seis horas sin comer para hacer la... anestesia.

MaValH9AITSI

Pedí una resonancia magnética y me la dieron después de un año... en el 2015.

RuValM8GrTSI

Ante la cuestión de la dificultad de derivación a la atención especializada, algunas personas opinan que depende del profesional sanitario que tenga que solicitarlo. A veces se habla de profesionales sanitarios, y otras de profesionales del ámbito administrativo.

¿De qué depende? ¿Qué es lo que hace fácil o difícil que os deriven a un especialista?

Yo creo que el médico. Porque yo tenía un problema, por ejemplo, y con ese médico fui y no me hicieron el estudio que tenían que hacerme y me cambié al médico de ella y rápidamente me derivó al especialista y me hizo el seguimiento. Por eso digo que no todos los médicos son así y con el mismo problema.

BoValM9SeTSI

Yo pienso que es falta de organización administrativa ¿no? Los que llevan esos casos por ejemplo, que tienen que mirar por ejemplo para dar la cita, me parece que eso es también falta de organización.

BoValH8GrTSI

También hay discursos sobre la variación del tiempo de obtención de citas para atención especializada en función de la demanda.

Y cuando necesitáis algo de un especialista. ¿La cita os la dan pronto? Es decir, igual os dan cita para la semana siguiente o hay...

Depende de para lo que sea. Porque hay algunos que les llega para dentro de una semana, un mes, pero otros que tardan años, a vos te tardó años en venir...

BoValM9SeTSI

Por último, se habla también de errores dentro del sistema, como puede ser que se pierdan los expedientes, y por lo tanto no se tramite la cita.

Porque también hay expedientes que se pierden.

BoValM9SeTSI

Dentro de un mismo servicio, en este caso el Centro de Salud, el colectivo boliviano habla de que hay mucha demora en atender. En general se percibe que suele haber retrasos.

No, siempre hay retrasos, siempre hay retrasos.

BoValH6SeTSI

Una hora... ¿no? De retraso, cuarenta y cinco minutos suele ser el retraso de siempre.

BoValM9SeTSI

Sin embargo, las personas de Rumanía hablan de que el tiempo de espera no suele ser demasiado, ven que la atención es rápida.

¿Una vez allí, ¿tienes que esperar mucho?

No, hoy por ejemplo, tenía cita a las menos 10, estuvo a las menos cuarto y a las 10 en punto ya estaba dentro....

RuValM7GrTSI

Aunque los retrasos dependen de diferentes factores. En algunos casos, se habla de que los retrasos se van acumulando a lo largo de la jornada, mientras que si la cita es a primera hora, no suele haber mucho retraso, si lo hay.

Pero cuando es temprano la cita, yo he sacado por ejemplo las ocho y media, nueve y una diferencia de unos diez minutos si no puntual.

BoValH8GrTSI

Las personas entrevistadas cuentan también algún fallo que ellos ven y que provoca demora, como por ejemplo citar a personas a la hora en la que los profesionales están desayunando (con el horario de desayuno programado, incluso).

Aquí, por ejemplo, toda la gente lo sabe, hasta las diez y media a las once es el desayuno, ¿no? ¿Y por qué le dan cita en esa hora? Yo digo, ¿por qué le dan cita a la gente a esa hora?

MaValM6AITSI

Ya, cuando sabéis que no están allí.

Sí. Por eso siempre retraso de una hora o más. Por ejemplo, tenemos un médico, no es mi médico, en centro de salud, lleva más de dos horas de retraso, imagínate tú. Eso... eso no me cuadra.

MaValM6AITSI

En algunas ocasiones, incluso se presentan reclamaciones por recomendación de los propios profesionales.

¿Años?

Me tardó más de un año para la ecografía me parece. Tuve que volver a reclamar a mi médico de cabecera, porque fui yo y no... ¡Ah! Y ella me mandó que vaya a reclamar al mostrador, al Virgen del Rocío, y fui y pese que a ella le había puesto... ¿preferente puede ser?

BoValH8GrTSI

Por último, se relata la relación entre los retrasos o demoras la crisis o recortes económicos.

¿Ustedes sois conscientes o creéis que los recortes...? ¿Creéis que los recortes han afectado al acceso a tener una atención sanitaria?

Yo creo que por una parte sí y por otra no, porque la eficiencia de los servicios deja mucho que desear, porque si realmente se trabajaba como se debe no hubiera tanto retraso.

BoValM9SeTSI

6.3.8 Pagos por consultas, medicinas o tratamientos

Algunas personas entrevistadas relatan problemas con pagos por consultas o tratamientos. En un caso una persona cuenta que, a pesar de estar cotizando, su tarjeta aparecía como pasiva y le pusieron precio a la atención sanitaria. En ese caso quien le comunicó el precio de la consulta fue la persona que estaba en la recepción del centro.

¿Y habéis tenido algún problema vosotros para recibir asistencia por no estar cotizando? ¿Se os ha dado algún caso? ¿Conocéis algún caso?

A mí se me dio un caso, pero yo estaba cotizando. Resulta que trabajaba en una empresa de limpieza y me hice un esguince en el pie, entonces... y yo estaba cotizando. Voy al ambulatorio porque mi pie a los dos días empezó a hincharse y voy al ambulatorio y le digo al que estaba allí en recepción, le digo, "Me duele el pie, está hinchado, creo que me lo he fracturado", le digo, entonces me dice el muchacho, "Aquí aparece como pasiva", le digo, "Yo no puedo estar pasiva porque yo estoy cotizando, estoy trabajando", me dice, "Pero aquí aparece como pasiva". Entonces al no estar como activa tienes que pagarle cincuenta euros, me dijo, por la atención.

BoValM9SeTSI

Un médico en el centro de salud.

No, el que hay en la recepción.

En este caso, el problema se solucionó por el profesional sanitario que se encontraba de urgencias, que no solo le invitó a pasar a la consulta sin que le dio un formulario para que hiciera una reclamación.

¿El de la puerta?

Sí. Le digo, "Yo cincuenta euros no voy a pagar" le digo, "Porque se supone", le digo, "Que estoy trabajando y la atención es gratis". Esto hace unos años atrás, unos seis años atrás. Entonces... y me fui. Que a los tres días mi pie era más hinchado y le digo, "Mire, necesito atención porque tengo el pie malo", y me dice, "Sigue apareciendo como pasiva", y en eso venía el médico de urgencias y dice, "¿Qué pasa aquí?", le digo, "Es que estoy mal del pie y este señor no me quiere dar una cita", y le dice, "Hazla pasar". Entonces pasé y me dice, "¿Qué pasó? ¿Por qué recién viene?", y yo ya le conté la historia y me dice, "Mira, no es el primer caso", me dijo. Y el mismo médico me dio un formulario, o sea, una...

BoValM9SeTSI

En este caso, la causa del (intento) de cobro no se debía a la situación administrativa del paciente, sino a la actitud xenófoba de la persona que estaba en la recepción del servicio sanitario, en este caso, del Centro de Salud.

Una queja de reclamaciones me dijo, "Tú la vas a firmar, porque ya son varios casos de gente extranjera que este hombre le está haciendo lo mismo". Y el médico me atendió y él se quedó con la hoja y a la semana más o menos, después de ese incidente me llegó recién la tarjeta verde, porque yo no tenía tarjeta, y una disculpa del director del hospital. Y al parecer lo despidieron al hombre porque...

BoValM9SeTSI

¿Y eso fue en urgencias del hospital?

En urgencias de aquí del ambulatorio, en Coria. Y me dijo que era muy... xenófobo, me dijo, este hombre, que no es el primer caso que está pasando.

BoValM9SeTSI

Del colectivo rumano ninguna persona relata ningún cobro en España, ni en experiencia propia ni por haberlo escuchado a otros/as compatriotas.

¿Qué opinas de los centros de salud, hospitales...?

En comparación con Rumanía, más que perfectos, en Rumanía, un ejemplo, se paga todo...no es que se paga. Es que la corrupción es tan alta...que ellos te piden

¿Has escuchado alguna vez alguna otra persona que te haya comentado sobre el cobro, o que haya tenido que pagar...?

No, para nada RuValM7GrTSI

Hay otros casos en los que las personas entrevistadas relatan cambios importantes que perciben después de la aplicación del RDL 16/2012. Por un lado se habla de la retirada de la atención sanitaria después de 6 meses en desempleo, es decir, sin cotizar. Y por otro, se habla de cobros por tratamientos o cirugías.

Y vosotras sabéis que en dos mil doce hubo una nueva normativa, que el gobierno puso, que el acceso para personas que tenían situación irregular, ¿no? Pues para toda esa gente que llegaba o bien con pateras o gente que venía sin papeles, se les restringía el acceso a la sanidad pública. ¿Habéis escuchado algún caso de alguna persona que no haya podido acudir a los servicios sanitarios?

Sí. Pero son gente... son gente que están de alta de la seguridad social pero como están de paro durante unos seis meses o algo le quitan el servicio sanitario. A mí misma. Tengo la nacionalidad y me pasa a mí misma y a su hermano también, les pasa lo mismo, le quitan el servicio sanitario.

MaValM7AITSI

¿Y eso no ocurría antes?

No, nunca, nunca, no.

MaValM7AITSI

Las mismas personas relatan la creencia de que la atención sanitaria se ha restringido o limitado estos últimos años. Según estas personas, la atención sanitaria tiene un límite de gasto para cada persona, por lo tanto, si se excede este límite hay que pagar el tratamiento o la cirugía, incluso disponiendo de la TSI en vigor;

Sí, porque hay casos de operaciones, que son graves, que se piden mucho gasto y todo.

MaValH9AITS1

Tienes que pagarla.

MaValM7AITS1

Pero no debería de ser así ¿no? Porque, en teoría, la cobertura, tiene que ser para todo el mundo igual.

Sí, para todos, para todos. Te digo una cosa, por ejemplo, el otro muchacho que se fue a...

MaValH9AITS1

Que tiene tarjeta sanitaria legalmente.

MaValM7AITS1

Sí, tiene tarjeta sanitaria legalmente...

MaValH9AITS1

Pero hasta treinta mil euros, ¿no?

MaValM7AITS1

No, más, más, más, era más. Una hemorragia en el cerebro.

MaValH9AITS1

Una hemorragia.

Incluso se añade que las personas que padecen procesos largos como un coma, son derivados a hospitales que no son del sistema público, por ejemplo a hospitales de la Cruz Roja debido a esta limitación de la atención.

Sí, en el cerebro, de esto ha entrado en coma durante mucho tiempo, luego le llevan a un hospital de Cruz Roja, se ha quedado ahí tirado... la que dan la carcasa esa...

MaValH9AITS1

¿Pero por qué decís que hay una gente que tiene derechos limitados?

Sí, por estos casos. Si tiene el derecho completo se queda en el hospital, para qué van a llevarlo al centro de Cruz Roja. El centro de Cruz Roja no es del sistema público.

MaValH9AITS1

Entiendes que no todo el mundo tiene el mismo derecho.

Sí, sí.

MaValM7AITS1

Sí.

MaValH9AITS1

Aunque debería de tenerlo, ¿no?

Porque... porque el seguro social es base de cotización, dinero que está cotizado, entonces no es otra cosa.

MaValH9AITS1

Pero eso no es así.

La ley es así... (Risas)

MaValM7AITS1

Existe una asistencia inicial para todo el mundo y ya existen los derechos para todo el mundo, ¿me entiendes? Iniciales, para hacer intervenciones. Pero hay algunas operaciones que llegan a un límite.

MaValH9AITS1

Por ejemplo, la hija de Sesi, la operación, vale... ¿cuánto era? Treinta mil o más, ellos pagan solamente diez mil euros y hay quien lo paga diferente, veinticinco mil euros, el paciente, para hacer operación de cervical ¿no? Que tiene un problema muy grave de cervicales, no sé qué, le han quitado una o algo así, no sé.

MaValM7AITS1

¿Pero la tiene que pagar el paciente?

Sí, ha pagado veinticinco mil, el seguro solamente diez mil.

MaValM7AITS1

Pero eso porque tendrá un seguro privado.

No, no, no, es seguro normal y corriente.

MaValM7AITS1

Como un autónomo.

MaValH6AITS1

Lleva mucho tiempo también en España, lo han llevado al hospital de Granada donde han hecho la operación, es un amigo de nosotros.

MaValM7AITS1

Una de las cosas que ha pasado, que son casos donde yo personalmente intervino, por ejemplo de Cruz Roja, de eso, de... de la de Roquetas, que se fue a Cruz Roja al final. Estos son casos que empiezas desde el primer día.

MaValH9AITS1

Otro de los elementos que aparece en el discurso cuando se habla de pagos es el pago por medicamentos. Según las personas entrevistadas, es una de los cambios que más se nota como consecuencia de los recortes, la salida de algunos medicamentos de la cobertura sanitaria así como la escasez de otros productos como pueden ser los pañales en el momento de hospitalización posparto.

¿Habéis notado cambio en eso? ¿Antes también era así? ¿Antes también te daban esas pastillas...?

Antes todo gratuito o pagas poco. Ahora hay mucho cambio, ahora mucho medicamento fuera del seguro.

MaValM7AITS1

Es que ese es uno de los resultados también que me sale a mí, lo de que ahora hay que pagar mucho más por los medicamentos.

Y antes, si estabas ingresado, por ejemplo, yo tengo el parto, te dan pañales que te sobran, ahora te dan tres o dos. Ya el niño si hace dos veces, si por ejemplo tiene diarrea, si al niño lo acabas de cambiar y lo ha hecho otra vez pero de más días, tú no puedes dejarlo con caca ahí, y no te dan el pañal. Si tú le pides la primera o la segunda te dicen, "Te acabo de dar dos o tres y estás chillando...". Porque para un bebé no tenéis que obligar dos o tres. Si tú por ejemplo lo cambias por la mañana y a la hora que lo cambies... Tú no lo puedes dejar, porque tú sabes, la crema, el niño es muy sensible... No te dan como antes ni...

MaValM7AITSI

6.4 Factores relacionados con las personas migrantes (la condición socioeconómica propia de las personas entrevistadas)

La situación de las personas entrevistadas ha variado desde el segundo periodo de esta investigación. En el caso de las personas bolivianas, en la mayoría personas que fueron entrevistadas en las otras dos fases previas de la investigación, relatan que la situación económica y laboral de las personas bolivianas ha empeorado. Las personas que integraban la asociación están más dispersas, debido a los desplazamiento por búsqueda de trabajo, y por lo tanto, la asociación está inactiva. Es de destacar que aunque las personas que permanecen siguen siendo referentes de otras, relataban con cierta nostalgia otro tiempo en el que el colectivo era más numeroso y estaba más unido.

¿Vosotras dejasteis la asociación también?

Está un poco parada, sí, dice.

Sí, porque estamos todos repartidos.

BoValH8GrTSI

¿Saben qué pasa? Que también de que antes, aquí en Coria, había un gran colectivo de bolivianos, entonces como le digo, referente al tema de la crisis la gente ha tenido que irse a buscar trabajo a otros sitios, entonces ya quedamos pocos que vivamos aquí en Coria. Ya no somos ni la sombra de lo que había antes.

BoValM9SeTSI

¿Cómo cuál? ¿Qué tanto por ciento menos? ¿Se ha ido la mitad de la gente o más?

Más de la mitad.

BoValM9SeTSI

Según una de las personas entrevistadas, aunque no ve la relación entre la condición socioeconómica y acceso a los servicios, sí que ve dificultad en el acceso a medicamentos, sobre todo, añade, últimamente que muchos medicamentos han dejado de recetarse.

Tú digamos que tienes una condición socioeconómica favorable, ¿piensas que eso ha influido tanto en el patrón que has tenido de utilización de servicios como se te ha podido facilitar o entorpecer el acceso?

Quizá en el acceso sí, en el acceso puede, creo que una vez que ya estás dentro y tal no tiene porqué influir, bueno, últimamente como ya no se recetan apenas medicamentos, lo tiene que pagar todo, claro que afecta. (...) menos el ibuprofeno y el antibiótico lo pagas tú todo.

RuValM9GrTSI

Un patrón que se repite en los tres colectivos es el de la automedicación y el uso de remedios caseros, cuando se trata de dolencias leves.

Bueno, cuando tenéis así algún problema de salud, tipo un catarro, una gripe... cuando os encontráis mal qué soléis hacer normalmente. Acudís a los servicios de salud o... ¿Qué hacéis?

Yo me automedico.

BoValH8GrTSI

Yo también me hago mis cosillas, remedios caseros. Una limonada caliente, un té, una infusión con limón...

BoValH8GrTSI

Sí, sí, tenemos la costumbre de tomar así, en general. Ahí calentito, con su limón como dice ella, con miel de abeja.

BoValH8GrTSI

Ya ves, yo hago lo mismo, con la nariz así. Y me tomé miel de abeja con limón y té y un ibuprofeno y...

BoValH8GrTSI

Bueno, mi salud, gracias a Dios, está perfecta. Soy una persona muy deportista, me gusta mucho el deporte. Yo al médico voy pocas veces porque, de verdad, siempre que voy al médico me da el mismo medicamento y ya lo tengo...

Lo tienes aprendido, ¿no?

Sí, si tengo resfriado amoxicilina y ya está, ¿sabes? Y algún antibiótico, ya está, lo que... Y calmantes ¡puf! Eso es lo que hay, estoy bien.

MaValM7AITSI

Sí, porque tomando ibuprofeno y paracetamol porque yo lo sé, porque cuando iba al médico tomaba...

MaValM6AITSI

¿Un medicamento?

Sí, sé por eso. Yo tomando lo que hay en casa todo se restablece ¿no? Y no voy al médico.

MaValM6AITSI

Patrón de uso de los servicios

En general, se repite el patrón de uso de las personas entrevistadas. Estas personas no suelen acudir a los servicios sanitarios, a no ser que se trate de una dolencia severa.

No, no utilizan los servicios sanitarios porque no pueden... no pueden... quedarse sin trabajar ningún día, solamente hasta el domingo que no hay trabajo, para que puedan ir al centro de... a la urgencia, pero los españoles son cada día en el centro de salud.

MaValH9AITSI

No, yo digo una cosa. Por ejemplo, a un español le duele la cabeza, al médico, le duele la barriga al médico, un extranjero no, esas cosas siempre... pasan, aguanta, el extranjero aguanta. No va al médico hasta que va a tratarlo eso, ya se va al médico.

MaValH6AITSI

Nosotros, los extranjeros, nosotros mismos, nosotros, cualquier cosita solemos aguantarnos, y cuando ya es más grave o lo que sea pues buscamos al médico. Cuando son cositas leves un remedio, (chasqueo de dedos) y a seguir trabajando.

MaValH9AITSI

Todos un poco igual. David, ¿también?

Sí.

BoValM7SeTSl

Yo sí, yo sí. Si no sufre de una enfermedad yo no voy, si no tengo caso muy urgente no voy. Por ejemplo, resfriado no voy, dolor normal, no voy, la verdad, no voy. Porque ya lo tengo claro que no... que lo que me van a dar son calmantes, de verdad.

MaValM6AITSI

Intentas además remediarlo antes ¿no? O sea, antes intentas hacer otro tipo de remedios antes de ir al médico.

Sí.

MaValM6AITSI

¿Vosotras también?

Sí,

MaValM7AITSI

Yo es que no voy mucho, la verdad.

MaValM7AITSI

Mi padre va al médico teniendo cosa muy urgente y cuando él no puede aguantar más, de la oreja, de la garganta, algo. Mi padre no tiene azúcar, no tiene nada, tiene todo bien. Pero los mocos...

MaValM7AITSI

¿Y eso pensáis que le ocurre a mucha gente? Que no van, que esperan mucho a ir al médico.

Yo por la gente mayor creo que sí, no les gusta mucho el médico. No es como ahora, yo no puedo aguantarme, yo nada más el dolor de la muela o de algo, de cabeza...

MaValM7AITSI

Bueno, mi padre no quiere ir al médico para recetarle siempre paracetamol, algo que tengo en la casa. O sea, si tengo algo urgente sí voy pero...

MaValM6AITSI

Te resulto fácil conseguir la tarjeta, y ¿cómo funcionaba el sistema sanitario?

Sabía que es gratuito, que tengo un médico de cabecera, que sinceramente (...) hemos vivido dos años en Cartuja, 5 años en el Realejo...y sinceramente no me acuerdo de mi médico de cabecera...

¿Ni de quién era?

No...

¿Porque no ibais mucho?

Para nada, no lo necesitaba

RuValM7GrTSI

En cuanto a recurrir a remedios naturales, la mayoría de las personas entrevistadas afirman que ante los primeros síntomas suelen recurrir a remedios naturales, y después si no se les soluciona el problema, acuden a su centro de salud.

Yo prefiero con hierbas mejor que ir al médico.

MaValM6AITSI

Con un remedio natural.

Sí, y si no sirve pues eso, ya cojo mi cita para ir al de cabecera. Y... ya.

MaValM6AITSI

La mayoría de las personas afirman que al principio, a su llegada a España no solían acudir a los servicios sanitarios, según ello porque llegaban sanos.

Desde que habéis llegado aquí, ¿no? Que algunos lleváis ya diez, doce año, o tú que llevas menos, ¿pero hacéis lo mismo desde hace tiempo o ha cambiado esa manera de hacer? Cuando llegasteis aquí, ¿hacíais lo mismo?

Sí, porque tenemos la mentalidad de que tenemos que trabajar sí o sí, entonces por cualquier cosita no... no abandonamos el trabajo. Por cumplir o por estar o por lo que sea.

BoValH8GrTSI

Es que poco, no... o sea, al principio poco usábamos el médico, veníamos más sanos.

BoValM9SeTSI

Un patrón que se va normalizando cuando se tiene una necesidad médica es entrar a través del centro de salud.

Y lo que decís ¿no? Ambulatorio o urgencias. ¿Dónde soléis acudir más? La primera vez, ¿no? Cuando... ¿Cómo suele ser? Estás un poco malito, entonces tomas unas infusiones, un paracetamol en casa. ¿Y si os encontráis peor?

Al médico de cabecera.

BoValH8GrTSI

¿Al centro de salud?

Sí, al centro de salud.

BoValH8GrTSI

Si la dolencia o el problema se dan en un horario en el que el centro de salud no esté abierto, entonces se recurre a urgencias. También se recurre a urgencias cuando tras haber acudido repetidamente al médico de atención primaria no se resuelve el problema.

Me las tomo pero ese dolor ya es permanente, ya llevo años que es un dolor agudo pero no tomo pastillas porque ya estoy como si no me hubiese tomado la pastilla. Y hay veces que me duele fuerte, que no puedo ya... ahí acudo ya a que me pinchen.

BoValH6SeTSI

¿Y adónde acudes?

A mi médico y a veces me ha tocado de madrugada y a veces he tenido que venir acá.

BoValH6SeTSI

A urgencias.

A urgencias, sí.

BoValH6SeTSI

O sea, después de haber ido muchas veces al médico, habéis ido a urgencias.

A urgencias.

MaValM6AITSI

Del hospital.

No, a urgencias del centro de salud.

MaValM6AITSI

En el caso del colectivo rumano, una persona cuenta que en lo que refiere a la salud bucodental acudió a un hospital donde se hacían prácticas de odontología, porque no les cobraban.

Otra cosa interesante, porque tenía muy poco dinero, cuando mi marido ha vuelto, tenía en el bolsillo 1000 euros, ese era nuestro dinero de... para comenzar. Y un compañero, tenía una muela fatal, tenía dolor... estaba haciendo odontología, y prácticas en San Juan De Dios y yo me acuerdo que me he ido con él...

RuValM7GrTSI

Por último, un caso curioso es que una de las personas reconoce que su patrón de uso de los servicios sanitarios cambió mucho cuando obtuvo la tarjeta sanitaria. Esta persona es de origen rumano.

Ahí pasé a estar asegurada, y empecé a ir al centro de salud...

Y, ¿cambió tu patrón de uso?

Sí, claro que cambió. ¿Cómo no va a cambiar? Cualquier resfriado iba, y me preocupaba, y si tenía una amigdalitis... ¿cómo no va a cambiar? cuando no tienes, no vas porque no tienes, te apañas como sea, pero cuando tienes, empecé a ir al médico de familia, me hice una citología, todo lo que sé o me recomendaron que me tenía que hacer.

RuValM9GrTSI

6.4.1 Situación administrativa y derecho a la asistencia sanitaria

En el momento en el que se realizó esta última fase de trabajo de campo, todas las personas entrevistadas se encontraban en situación administrativa regular. Pese a tener derecho a recibir asistencia sanitaria en igualdad de condiciones a una persona nacida en Andalucía, las personas entrevistadas mostraban multitud de causíca donde se les había dificultado o negado la asistencia sanitaria. Estos relatos se referían a ellos mismos o a

terceras personas.

- Una de las personas entrevistadas relataba cómo un hijo suyo recibía solo atención en urgencias, pese a estar registrado dentro de su tarjeta sanitaria.

Pero a los dieciocho siempre están adscritos a la cartilla de su madre, pero sí tienen atención sanitaria. No tienes tarjeta pero tienes atención sanitaria.

Pero aquí lo atendían sólo en urgencias.

BoValM9SeTSI

- Otro de los problemas más frecuentes suele ser la desinformación, el no saber que se tiene derecho a recibir atención sanitaria.

Yo creo que hay personas, no solamente de Bolivia sino de otros países, que cuando llegan vienen solas y no tienen información, entonces esas personas necesitan información. Yo tengo una amiga en Nicaragua, que ella lleva ocho años aquí pero en Coria seis meses, entonces ella no sabía cómo manejarse aquí en Coria, entonces yo le digo, "Tienes que ir al tal sitio", porque la mujer no sabe. Hay veces que se ha sentido mal y le digo, "Vamos al ambulatorio". O a veces, el otro día por ejemplo, estaba con dolor de cabeza, tenía adormecimiento, le digo, "Eso puede ser su tensión que está alta, tiene que ir a una farmacia, ahí le pueden medir la tensión". Entonces muchas veces es falta de información, porque son personas solas que no saben cómo dirigirse a los sitios.

BoValM9SeTSI

Hay relatos que cuentan casos de personas que han retornado a su país de origen. Una persona relata el caso de una persona que en el momento en que entra en vigor el RDL 16/2012 dejó de atenderlo y tiene que regresar a su país.

Era un hombre boliviano que perdió los papeles...

BoValH8GrTSI

Ha cotizado mucho, porque trabajaba en la construcción. Cuando hubo este decreto entonces ya opta él también por eso, irse a Bolivia.

BoValM9SeTSI

Se regresó ya.

BoValH8GrTSI

Se regresó ya porque ya no lo querían atender. Entonces le quitaron, la enfermera, él tenía una enfermedad que le tenían que poner unas inyecciones, entonces le dijeron que ya no tenía derecho a tener una enfermera. Entonces fue y discutió en el ambulatorio, les dijo que él había cotizado muchos años, que había dejado un buen aporte...

BoValM9SeTSI

6.4.2 Trato diferenciado y discriminación

Las personas migrantes sufren a menudo un trato diferenciado en los servicios públicos. Varias de las personas entrevistadas relatan actitudes xenófobas y discriminatorias por

parte de algún o alguna profesional. Este trato muchas veces suele ser discriminatorio, pero pocas veces esta discriminación suele ser positiva.

¿Pensáis que puede haber diferencia entre ser una persona emigrante o no emigrante a la hora de, por ejemplo, obtener permisos en el trabajo o el trato en el centro de salud o poder acceder a tener los papeles en regla? ¿Pensáis que hay diferencia?

Un poco sí. Yo sé que aquí también hay personas que no las tratan bien, pero siempre tenemos más que perder los extranjeros.

BoValM9SeTSI

¿Crees que el hecho de ser una persona de origen extranjero añade alguna dificultad de acceso a los servicios?

Sin duda, de hecho yo, que estoy nacionalizada, en mi tarjeta de salud, como no te la renuevan cuando tú te nacionalizas, eso sigue siendo el mismo documento, ¿no? A lo mejor cambia el los informes, en el ordenador; pero tu tarjeta física no me la han cambiado, ahí pone Rumanía, y eso, la ven y (sonido como de desprecio)..

¿Sí?

Sí

A todos los niveles? Desde la administración hasta,...

Bueno, la administración, los de la puerta de entrada, esos son quizás los más chungos (...) con los médicos no he tenido...

¿Chungos en qué sentido?

Chungos en el sentido de...un poco...yo creo que están también cansados, no los quiero justificar pero en parte intento empatizar con ellos y digo "no me gustaría a mi estar en su lugar", creo que están cansados, creo que les hacen muchas preguntas que no saben contestar; incluso, ¿no? Y que (...) no están preparados para dar respuesta a todo...empezando por los extranjeros, si can y preguntan...ellos no están ahí para eso...

RuValM9GrTSI

Las personas que hemos entrevistado relatan muchos casos en lo que han sentido una discriminación en la atención y trato recibidos.

Una de las personas relata un altercado con una persona del centro de salud, en la que no se sintió bien tratada. La conversación entre las personas de este grupo derivó en que piensan que la actitud educada de las personas extranjeras en la sala de espera de la consulta a veces se malinterpreta como una actitud de sumisión, en la que se da pie a que no se les trate con el mismo respeto que a las personas autóctonas.

Por el mismo hecho de ser extranjero. Mira yo, ya dos veces he tenido un altercado con una persona de allí donde extraen sangre, por... yo qué sé... es una persona... incluso se lo comenté a ella las dos veces que me trató descortésmente. Una vez fue porque... digo yo, "Si usted tiene un papel y está leyendo, entonces tiene que leer bien, ¿no?", entonces mi apellido es Sueiro y ella llama a una persona eh... Soiro, y yo aquí no sé los apellidos, y si le llaman Soiro y es diferente a su apellido de usted, entonces usted se imagina que es otra persona a la que está llamando. Entonces yo le digo, "A mí no me ha llamado y tengo cita para esta hora"

“Yo llamé a Soiro”, digo, “Yo no soy Soiro, soy Sueiro”, y me dijo que por qué tú no vienes si sabes que más o menos se asimila el apellido, ¿sabe qué le dije? “Que tiene un papel, tiene que leer o si no sabe leer que otra persona lea o aprenda a leer”, le dije, “Pero a mí no me trate así”. O sea, han sido dos veces las que he tenido con la misma persona por esas cosas así, porque sencillamente uno es extranjero y... O porque usted va, la mayoría son españoles y uno está allí o porque es callado. Yo siempre digo, que uno respete a los demás eso creo que lo confunden con timidez o algo.

BoValM9SeTSI

sumisión.

BoValH8GrTSI

sumisión.

Yo eso lo digo también.

BoValH8GrTSI

El hecho de que nosotros tengamos otra manera de ser, tengamos respeto por los demás no significa que nos van a tratar mal.

BoValM9SeTSI

La diferencia de trato se expresa a veces en el tiempo de dedicación, según la verbalización de una persona, mientras que a una persona autóctona pueden dedicarle unos 20 minutos, a una persona extranjera la despacha en menos de tres minutos.

Ahora la cosa se ha cambiado. Ahora, por ejemplo, algún papel u otras cosas te atienden bien, pero de salud ni el Poniente ni el centro de salud. Por ejemplo, aquí en Vúcar hay un médico que si le entra un enfermo marroquí o negro o extranjero, no más de tres minutos, no le deja ni sentarse en la silla, “Toma este medicamento. Adiós, ¿Qué te pasa? Toma. Adiós”.

MaValH6AITSI

¿Pero piensas que es por discriminación?

Sí, sí, claro. Si entra un español o una española, por lo menos, veinte minutos, ¡mínimo! Se queda con él veinte minutos. Yo con él, estaba con el médico, y me pasé un montón. (Risas)

MaValH6AITSI

De la manera que habla, la manera que habla, porque mira, si el médico... entras, “Estoy enfermo de tal, tal” “España no tiene dinero, a España le falta esto...”. Eso es una manera de racismo, tratar a los emigrantes con racismo. No le gustan, no le gustan los extranjeros.

MaValH6AITSI

Creo que hay todavía bastante prejuicio, y sobre todo de la mujer extranjera, ¿eh? (...) creo que el hecho de que tengamos tantos hijos en un país con una natalidad tan baja (...) da la casualidad de que yo tengo 3, y no porque sea de Rumanía, y tanto tener hijos, y todo el rato embarazada, acceso a tanto derecho... yo creo que de alguna manera les chirría a más de uno eso.

RuValM9GrTSI

No obstante, también hay personas que opinan que situaciones como pasar a una persona por delante de otra ocurre también a las personas autóctonas, no solo a las personas migrantes o extranjeras. No obstante, siguen pensando que hay diferencia entre ambas.

De esos vi uno o dos, de esos me han tocado a mí y otras así esperando a su médico una vez. Que mira, nombra, mira y hay otro que recién llega y sacan... son sus... este... conocidos, la llaman, "Pasa", y la gente, esos mismos españoles comienzan ahí a disgustarse, "Qué pasa, qué esto, qué lo otro...". Yo veo esto que pasa, no sólo en el lugar que te toque, yo no voy seguido, yo veo otros que también están esperando y lo mismo pasa con otros... con otros médicos que están esperando. Siempre se ve eso. Que pasa, en todos los lugares pasa eso. Y no te queda otra cosa que esperar tu turno.

BoValH6SeTSI

¿Pero pensáis que eso le ocurre lo mismo a una persona que ha nacido en España, que es española, que a otra persona? ¿Hay diferencia?

Yo es que no...

MaValH6AITSI

No lo sé. ¿Quieres que te diga una cosa? El español, el español no pierde la asistencia sanitaria pero el extranjero sí.

MaValH9AITSI

En algunos casos, las personas entrevistadas claramente piensan que algunas personas que trabajan en algunos centros sanitarios son xenófobas, y que ello repercute seriamente en la atención que reciben. En este sentido, verbalizan que la propia administración sanitaria tendría que ser la que trabajara en ello con las personas trabajadoras del sistema.

Yo pienso que porque el funcionario que está ahí sentado detrás del escritorio es un xenófobo. Claro y sencillo.

BoValH8GrTSI

Es que no podemos cambiarles el chip a las personas xenófobas que están sentadas ahí ¿no? O denunciando, pero también lo que se nos viene encima... Por ejemplo, muchas veces callamos, por eso, porque decimos, vamos a volver a venir al mismo sitio y va a ser peor, nos van a atender peor:

BoValH8GrTSI

Yo creo que si hay un empleado, que está sirviendo, que es un empleado público, debería ser igual con todas las personas, no tendría que tener limitaciones. Y para eso tendrían que... no sé, que la misma institución concientizara, capacitara.

BoValM9SeTSI

¿Algún otro tipo de dificultades? ¿has sentido que te hayan tratado diferente?

No, en otro momento sí, en el trabajo, sí, se aprovechaban de mí, de mi marido. Pero en sanidad no.

RuValM7GrTSI

Las personas de Rumanía son las que perciben un mejor trato en los servicios sanitarios. Una de las personas rumanas entrevistadas afirma haber sufrido trato diferenciado en otros ámbitos, pero nunca en el ámbito sanitario.

¿Algún otro tipo de dificultades? ¿Has sentido que te hayan tratado diferente?

No, en otro momento sí, en el trabajo, sí, se aprovechaban de mí, de mi marido. Pero en sanidad no.

RuValM7GrTSI

Las personas de Rumanía relatan que el trato además ha ido mejorando con los años, no obstante, no ocurre lo mismo con el tema de la burocracia o las gestiones de tipo administrativas, que lo perciben todavía como un trámite difícil.

Creo que en general las personas que atienden en la sanidad están más concienciados, más preparados, más abiertos, a recibir, a acoger, a atender bien a todo el mundo...pero, en la parte más formal de papeleo, de derechos. No creo que haya mejorado, de hecho tengo una amiga rumana, que no quiere ser española aunque podría y ella nota menos discriminación, nota más...mejor actitud, pero luego tiene muchas dificultades a la hora de hacer papeles, de que le vean al niño en el pediatra, de la vacuna que le ha tocado...le regañan, cosa que a mí no me ha pasado nunca porque sí soy española...la regañan si no ha llevado el niño a la vacuna en la fecha exacta (...) la regañan mucho.

353

Y tú crees que tiene que ver...

No habla español muy bien, muy muy muy bien

RuValM9GrTSI

Estos casos de terceras personas que sufren trato diferenciado o discriminatorio se repite en el discurso de las personas rumanas. Otra de las personas entrevistadas relata una anécdota en urgencias a altas horas de la madrugada, en la que a una mujer extranjera y a su bebé les dieron el alta y esta persona no tenía dinero para poder desplazarse a su casa. En esta ocasión la persona se pregunta si esto mismo ocurriría en caso de que fuera una mujer española. Esto ocurría hacia el 2012.

Me acuerdo de una vez que estuvimos en urgencias (...) me acuerdo que me he encontrado... porque estaba en urgencias, en una habitación, llegó una chica creo que era de india o de por ahí, por su ropa, con un bebé y después de pasar un par de horas en observación le dijo que se puede marchar y era por ahí, 2 de la mañana, y seguro que esa chica no tenía papeles ni tenía dinero...he notado que la doctora le dijo "no te podemos poner una ambulancia que te lleve", tú tienes que ir por tu cuenta" y ella no tenía dinero, y ahí yo he dicho, y si fuera una persona española, puede ser que sí.

RuValM7GrTSI

6.5 Implicaciones para la "acción" y recomendaciones.

Tiene que ser muy cariñosos, el médico y también las enfermeras. De verdad, porque el paciente es un enfermo, tiene dolor, ¿sabes? Lo que necesita es que se siente, no que lo ponga nervioso, más serio... ¿sabes? Que hablen las cosas sencillas, que hablen simpático, que le dé más tiempo y todo eso. Eso es lo que le hace falta a un paciente, a un enfermo.

MaValM6AITSI

En este apartado se trata de identificar soluciones y alternativas propuestas a partir de las planteadas por las personas migrantes entrevistadas, y elaborar recomendaciones para la mejora del acceso de la población migrante a los servicios de salud del Sistema Público.

Para poder elaborar recomendaciones para la mejora del acceso sanitario de las personas migrantes a partir de la perspectiva de éstas, en la tercera fase de la investigación, se pidió a las personas entrevistadas que propusieran mejoras que pudieran facilitar su acceso a la atención sanitaria.

A pesar de que el espacio temporal en el que ha transcurrido esta investigación se ha caracterizado por un contexto socioeconómico y político recesivo, y de dificultades crecientes para el acceso sanitario de las personas migrantes, éstas han mostrado una actitud positiva y constructiva respecto a la petición de que pensarán en propuestas de mejora.

En general, las personas entrevistadas, al ser preguntadas por propuestas de mejora, daban respuestas muy generales sobre la necesidad de mejora de todo el sistema para mejorar el acceso. En muchas ocasiones ha sido difícil distinguir entre mejoras de acceso y mejoras en la calidad de la atención. No obstante, se han extraído aquellas propuestas que se ha considerado pueden contribuir a la mejora del acceso de las migrantes y a la elaboración de recomendaciones.

Las propuestas que mejora expresadas son las siguientes:

Superar los prejuicios de que las personas acuden a los servicios sanitarios sin demanda sanitaria real.(1)

Los **prejuicios sobre la reiteración de demandas o hiperfrecuentación** de las personas migrantes, suelen generar la falta de respuesta o respuesta sanitaria insuficiente ante sintomatologías reales que presentan las personas.

Bueno, si vosotras pudierais, imaginad que os contratan a las tres como las jefas del sistema de salud y vosotras podéis poner en marcha cosas para mejorar la entrada al sistema, a los servicios, a la consulta... ¿Qué cosas propondrías vosotras? ¿Qué cosas pensáis que se podrían hacer para mejorar? Una mejor atención. MaValM7AITSI

¿Cómo?

Pues yo digo también que cuando vienen los pacientes la primera vez sí puedes le das calmantes o algo pero si vuelve por el mismo caso pues ya tengo que verle mejor lo que tiene, MaValM7AITSI

Ni hablar ni comer ni nada. Dice el médico, “Madre mía, tú acabas de estar tres días y todavía tienes dolor”. Es que ellos piensan que vienes por ganas, ¿sabes? No dice, “Esta mujer está sufriendo, siempre viene, pobre. Está sufriendo de algo”. No, “Tú siempre estás aquí. ¿No tienes nada que hacer? ¿Qué pasa...?”. MaValM7AITSI

Piensan que vas a pasar el rato ¿no? Allí. No tienes otro sitio mejor adónde ir... En vez de irte a pasear pues vas al médico y me entretengo. (Risas)

Éso es lo que digo yo, que no venimos por ganas, es por obligación. Si vengo dos veces al día es por obligatorio no por ganas. MaValM7AITSI

<p>Superar los prejuicios de que las personas acuden a los servicios sanitarios sin demanda sanitaria real.(2)</p>	<p>Prejuicio sobre que los/as profesionales sanitarios/as piensen que por diversas razones las personas extranjeras o migrantes entienden menos de lo que se les dice. En algunas ocasiones se habla de supuestas dificultades con el idioma. Se atribuyen características físicas o culturales, como por ejemplo asociar el llevar pañuelo al hecho de no entender lo que se les dice. Se relaciona el hecho de hablar o vestir de forma diferente con no saber cuidar de su propia salud.</p>
<p>¿Y cuándo sentís que sí por qué sentís que sí? ¿Pasa algo? ¿Pasan cosas? <i>Sí, la manera en cómo te trata, cómo habla contigo, el tiempo que te da... cosas así.</i> MaValM7AITSI</p> <p><i>Está hablando y me dice, “¿Has escuchado? ¿Has escuchado?”, y le digo, “Sí, te entiendo perfectamente, mira, me estoy tapando la cabeza no me estoy tapando el cerebro, tengo cerebro y me funciona muy bien, está perfecto, perfecto”. Se queda así... y digo, “Venga, hasta luego”.</i> MaValM7AITSI</p> <p>(Risas) Por ejemplo cómo te trata, que piensa que no le entiendes. Ese caso no siempre. MaValM6AITSI</p>	
<p>Implementar la figura del mediador/a en las consultas</p>	<p>Se propone que se incorpore una persona adicional en la consulta cuando hay pacientes procedentes de otros países, para ayudar en la mediación, tanto con el idioma como con la comprensión en el diálogo profesional-paciente.</p>
<p><i>Una persona tiene que estar siempre con el médico.</i> MaValM7AITSI</p> <p>O sea, por parte de los profesionales, que haya siempre alguien con el profesional.</p> <p><i>Sí. Ellos por ejemplo cuando tienen cita ya tienen listado, ya lo saben, nombres de extranjeros lo saben, por ejemplo la gente a esta hora, esta hora, esta hora, ya saben que vienen, no hace falta que le llamen y salga para afuera, que esperan y muchas veces...</i> MaValM7AITSI</p> <p><i>Lo que pasa es que se creen que como venimos de... no sé, somos inmigrantes y tal, no sabemos hablar, que no los entendemos. Hay gente que sabe hablar, hay gente que estudia y hay niños pequeños que saben hablar.</i> MaValM7AITSI</p> <p><i>Sabemos cómo mantener nuestra salud, ¿sabes?</i> MaValM7AITSI</p> <p><i>Hay gente que lleva mucho tiempo aquí en España y sabe hablar perfectamente el español. Pero solamente con verte con el pañuelo o verte tapado o ver que eres marroquí o algo pues se piensan que no sabes hablar.</i> MaValM7AITSI</p>	
<p>Mejorar la respuesta a las demandas sanitarias y otorgar la misma veracidad a personas migrantes y autóctonas.</p>	<p>Hay discursos que relatan haber solicitado pruebas que no se les han dispensado, teniendo después consecuencias negativas en su salud. En este sentido se reivindica que el trato con las personas extranjeras sea igual que con las personas autóctonas.</p>

Yo siempre pido análisis y no quiere hacerlos. Yo tengo dos abortos y no me hacen análisis. Yo quiero esos análisis, la regla no me viene bien, dos meses, tres meses... Al final yo tengo... quísticos... así... ovarios... **MaValM7AITSI Quístico.**

Sí, **MaValM7AITSI**

Ovarios poliquísticos.

Sí, que tengo es uno muy bueno, la verdad así cuando fuimos mandados a la clínica Mediterráneo, que está en Almería, me han hecho una radiografía y me han dicho que tengo eso. Vengo aquí, me he enfadado con él, "Mira, yo siempre pido análisis, es mi derecho", ¿no? He tenido dos abortos y la regla no ha venido en cinco meses, tres meses... yo pidiendo análisis porque sabía... "No hace falta". Y yo al final por no pelear con él pues... Ahora el médico, muy bueno. **MaValM7AITSI**

Mejorar, por parte de los/as profesionales, el **conocimiento de la cultura y costumbres de las personas que vienen de otras culturas o países**

Lo que proponen las personas entrevistadas es que los y las profesionales de la salud intentaran conocer la cultura y costumbres de las personas que vienen de otras culturas o países, para así tratar de comprender algunas peculiaridades como por ejemplo por qué hablan alto las personas que provienen de Marruecos.

Pero como eso no se puede cambiar, como decís, como eso no se puede cambiar, ¿cómo cambiaríais el acceso a la sanidad?

Mira que la cosa es a trabajar, yo, me gustaría una parada, me gustaría. El desconocimiento genera el miedo. Lo que pasa que para los españoles no conocen muy bien a los extranjeros, es normal porque son muchas nacionalidades. Que a lo mejor, como ejemplo, los días culturales, para que entiendan las culturas de otros países. José, mi amigo, siempre dice, "Los marroquíes hablan muy fuerte, ¿por qué?". **MaValH9AITSI**

Formar o enseñar a los y las profesionales sanitarios/as a considerar **la toma de decisiones compartida** con pacientes, considerando a éstos último una importante fuente de conocimiento.

Alguna de las personas entrevistadas, hablan de que sería importante superar la concepción por parte de algunos/as profesionales de que las personas migrantes son ignorantes o incapacitadas

Siempre hablamos de formación de profesionales, de campañas de difusión. Pero creo que al fin y al cabo está mucho en la naturaleza de la persona y está en vivir, en la asistencia a personas inmigrantes... sí que les podría enseñar a prestar un poco de atención a lo que dicen los demás, a saber aprender, a que el proceso asistencial sea más compartido en el sentido de preguntar, aprender y también empaparse del conocimiento de lo local, de lo que viene de dentro de la persona, que viene del propio paciente, yo creo que esto incorporarlo a la línea de esto que se trabaja mucho del paciente experto, que sabe, que conoce, empoderado, que participa en la toma de decisiones... yo creo que darle una atención especial al paciente que viene de fuera en esa línea puede ser muy útil (...) marcar esa imagen ni del pobrecito ni ignorante, ni del piojoso pero cambiar eso por el del paciente que sabe un montón, que trae una experiencia que nos puede enriquecer a todos... **RuValM9GrTSI**

Utilización de un tercer idioma

Algunas personas entrevistadas proponen que se emplee un tercer idioma para poder comunicarse, por ejemplo, proponen utilizar el inglés o el francés, en casos en los que ni el español ni el árabe sean lenguas útiles para la comprensión mutua en la consulta.

... cosas que puede mejorar, aunque no sea ahora, me lo podéis escribir y yo lo puedo incluir en mi trabajo, ¿vale? Ahí trabajando, con amigos, con amigas, si habláis de este tema y pensáis que hay cosas que se pueden hacer que pueden mejorar...

Pero hay una cosa que yo no la entiendo. Cuando yo aquí estudiaba inglés, estudié francés, pero si tú..., estamos hablando en general, tú nada más que te cambia una letra y ya...

Sí, la actitud ¿no? De que quieres...

Yo un profesional, por ejemplo en Marruecos, tenemos médicos que hablan inglés, hablan francés, y con una paciente habla en su lengua, en francés o inglés o árabe. Y estoy segura que saben hablar inglés, porque la mayoría de marroquíes saben hablar inglés.

Claro, que también pueden utilizarse otros idiomas, ¿no? No árabe o español pero buscar un idioma...

Sí, buscar un idioma para comunicar.

Claro.

Aquí no utilizan otro idioma. **MaValM7AITSI**

Instalar puntos de información en los centros sanitarios

Lo que se propone es que haya puestos que informen, y que circunstancialmente se puedan convertir en puntos de encuentro.

Que haya puntos de información. Antes por ejemplo, no sé ahora, la verdad, antes por ejemplo en el ayuntamiento había información, informaban, ¿no? Informaba este hombre que era el que estaba antes y luego después ya no. Han pasado unos pocos por ahí, entonces uno se acercaba y había información ahí en el ayuntamiento y él informaba. **BoValM9SeTSI**

Muy bien, puntos de información.

Eso sería importante, un punto de encuentro.

Que ya no lo es. **BoValH6SeTSI**

6.6 Tablas 6: Resumen de los principales resultados y cambios percibidos en la tercera fase

Resultados	
Entrada al sistema	El conocimiento que hay del sistema es debido a la experiencia acumulada.
	Todavía se considera difícil conseguir información acerca de la entrada y funcionamiento del sistema.
	La falta de información como barrera
	Fuerte vinculación del acceso al sistema sanitario a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), no tener la TSI se considera una barrera.
	Personas sin TSI o TSI pasiva miedo a cobro y no atención. Se relatan todavía casos de cobro
Provisión de información de entrada al sistema	Familia y red social como principales fuentes de información, basada fundamentalmente en el "boca a boca".
	Medios de comunicación y televisión pierden fuerza.
	Poca información desde las instituciones, aparece por primera vez un portal web institucional.
	Conocimiento asociado a seguridad y tranquilidad
	El desconocimiento genera miedo y creencia de pérdida de acceso al sistema
	Hay un cambio significativo en la importancia del tejido asociativo de dos de los colectivos. El colectivo boliviano fuertemente asociado e informado hasta el momento pierde esta vinculación por motivo de retorno de ciudadanos de esa nacionalidad a sus países o por cambio de residencia por motivos laborales. El colectivo marroquí gana fuerza en el asociacionismo e información.
	El colectivo rumano sigue funcionando de forma individualizada, la información sigue llegando de forma personas, o por redes de amistades en la mayoría de los casos.
Trámites para la obtención de la TSI	Hay oscilaciones entre la facilidad y la dificultad del proceso de tramitación, se habla de que sigue siendo un proceso sencillo, de haber estado difícil algunos años anteriores y alguna dificultad concreta en la actualidad.
	Se habla de los trámites de TSI en pasado. Estos, en general, se hacían a través de una solicitud en el Centro de Salud, como beneficiario de un familiar; a través de alguna organización, sigue apareciendo Cruz Roja y Acoges.

Resultados	
Entrada a los servicios	TSI elemento fundamental
	Persiste la locución de experiencias de terceros que afirman que no tener TSI puede generar cobros o desvío en el acceso al sistema (urgencias).
	No tener TSI genera miedo y hace que las personas no acudan a los servicios sanitarios.
	El acceso a los servicios aparece con menor complicación en los tres colectivos.
	El idioma sigue apareciendo como una de las principales barreras de acceso a los servicios y a la atención.
La información sobre la entrada a los servicios proviene de fuentes familiares y de red social.	
Volumen y distribución de los Servicios	Disminución el discurso de falta de infraestructuras y equipos.
	Se habla de aumento de número de Centros de Salud.
Accesibilidad física a los servicios	La percepción sigue siendo que los centros de salud son más cercanos que los hospitales
	Relación directa entre la distancia y el gasto, aunque el mayor énfasis se hace en la distancia en tiempo de llegada a centros hospitalarios.
La accesibilidad organizativa o entrada a los servicios	Entrada por urgencias por las dificultades asociadas a las citas
	Se focaliza la dificultad de entrada a los servicios en el personal de entrada a los centros, principalmente en AP.
	Desaparecen prácticamente las alusiones a dificultad de entrada debido al RDL 16/2012.
Horarios de atención	Persiste la demanda de más consultas en horario de tarde
	Incompatibilidades del horario de atención con trabajo o familia
Tiempos de espera	Sigue siendo percibido como uno de los principales hándicaps del sistema.
	Parece que empeora notablemente la espera a pruebas diagnósticas y las derivaciones a atención especializada.
	Impacto en la salud.
Pagos por consultas, medicinas o tratamientos	Se mantiene la dificultad de accesibilidad a medicamentos por las condiciones económicas de las personas entrevistadas y por la salida o modificación de financiación de algunos medicamentos
	Pagos relacionados como el transporte, gestiones por terceros, documentos, etc.
	Persisten las creencias y afirmaciones de la limitación del servicio que ofrece la sanidad pública. A partir de cierto punto se relatan experiencias de pago.

Resultados	
Factores que relacionan acceso y condiciones o situaciones en las que se encuentran las personas entrevistadas	Relación entre el trabajo y la asistencia sanitaria: persisten los problemas de falta de tiempo, la incompatibilidad de horarios o los permisos laborales necesarios.
	Los recursos económicos afectan, pero no determinan el acceso a la atención sanitaria.
	Hay una menor percepción de empeoramiento del contexto social, económico, político y laboral. Ello puede deberse a que las personas entrevistadas son aquellas que han mantenido o mejorado su situación. Las que han retornado o tenido que cambiar la residencia no fueron localizados.
	Sigue la creencia de que situación administrativa se relaciona con la facilidad o dificultad de acceso
Miedos y percepciones de dificultad de acceso	Se sigue enfatizando la importancia del idioma en la mejora del acceso y el trato que se recibe en los centros sanitarios
	El miedo se sigue vinculando frecuentemente a la situación administrativa irregular o a la falta de algún papel.
La familia y las redes sociales	Facilitadoras para el acceso y la obtención de atención sanitaria, así como para hacer frente a barreras como la del idioma.
	El retorno de algunas personas a causa de la crisis económica ha generado pérdida de red social. Importante en el colectivo boliviano.
Patrón de uso	En general, persiste el patrón de acudir poco a los servicios sanitarios, cuando la dolencia es ya severa y a urgencias.
	En centro de salud sigue siendo el principal centro sanitario.
	Aparece un cambio de patrón cuando se obtiene la TSI y con el paso de los años.
Percepciones culturales	En los tres colectivos se recurre a remedios naturales antes de acudir a los servicios y auto-tratamiento farmacológico para problemas leves.
Percepción de discriminación y/o trato diferenciado en el entorno al sistema de salud	Sigue habiendo comentarios de percepción y experiencia de discriminación y actitudes xenófobas hacia los tres colectivos y trato desigual hacia personas autóctonas y personas migrantes, y a personas en situación administrativa regular e irregular.
	Discursos de mejora del trato solo en el colectivo rumano.

Capítulo

4



CRUCE DE CAMINOS:

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1.Introducción	367
2.Discusión de resultados de revisión de políticas sanitarias	371
3.Discusión de resultados sobre la perspectiva de las personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria.	386

I Introducción

Esta tesis ha tratado de mostrar la experiencia de acceso sanitario de las personas migrantes, procedentes de Bolivia, Marruecos y Rumanía, narrada por ellas mismas, en Andalucía. Para ello se ha realizado una contextualización socioeconómica del periodo de estudio, una revisión de las políticas relacionadas con el acceso sanitario de las personas migrantes, a través del estudio de la literatura científica y la recogida de información en tres periodos diferentes: un primer periodo entre los años 2009 y 2010, un segundo entre los años 2012 y 2013 y un último periodo entre los años 2017 y 2018.

El enfoque para el estudio de acceso empleado para la tesis se corresponde con el análisis de los determinantes de la utilización de servicios(153). Dentro de este enfoque, el marco teórico utilizado para el análisis del acceso ha sido el formulado por Aday y Andersen(6,89) en el que se diferencia entre acceso potencial –factores que determinan el uso de los servicios- y acceso real –utilización efectiva de los servicios de salud. Este marco se ha empleado para describir y analizar cuáles son las barreras y facilitadores que determinan el acceso de estas poblaciones, y cómo esto ha variado en el tiempo o en diferentes momentos. Este modelo es uno de los más utilizados para estudiar el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria, y en nuestro contexto se ha caracterizado por su utilidad y adecuación para el estudio del acceso en nuestro contexto.(88,96,154-156)

Durante los años que ha transcurrido esta investigación, el marco social, económico, normativo y legal ha sufrido importantes cambios a nivel tanto nacional como internacional. Significativos hitos como el RDL 16/2012(34) o los ajustes económicos producidos en el contexto europeo, español y andaluz han marcado diferencias entre los diferentes periodos de estudio. Coincidiendo con el inicio el estudio, en el caso concreto de España y Andalucía, los recortes económicos comenzaron con importantes reducciones en la financiación de los diferentes servicios sanitarios de las CCAA así como con importantes ajustes en relación a los servicios y profesionales sanitarios. La implicación de la crisis económica en la salud en nuestro contexto han sido ampliamente abordada por el Informe SESPAS 2014 , en el cual se incluye un artículo específico sobre la repercusión en la población migrante (18). De la misma manera, las primeras implicaciones en el acceso sanitario de las personas migrantes tanto el contexto español como en el contexto europeo están siendo analizadas en profundidad (19, 155-157).

El segundo periodo de nuestra investigación se caracterizó por la continuidad de los ajustes económicos y la publicación del RDL 16/2012, aplicado de manera desigual en las diferentes CCAA. Para nuestro análisis es importante considerar el escaso tiempo

transcurrido entre la aplicación del RDL 16/2012 y el segundo periodo de trabajo de campo.

Por último, y tras considerarse que el segundo periodo era todavía escaso para valorar el efecto de los cambios normativos y socioeconómicos, se realizó una tercera fase de recogida de información para validar los resultados y pedir propuestas de mejora. En este tercer periodo, las personas entrevistadas todavía se encontraban inmersas en los efectos de la recesión económica sufrida durante la anterior década.

Por lo tanto, la discusión de los resultados se realizará en base a tres ejes fundamentales:

1. El marco contextual desarrollado en el marco teórico de esta tesis.
2. El análisis de las políticas sanitarias dirigidas a mejorar el acceso de las personas migrantes en el ámbito estatal y autonómico.
3. Los resultados obtenidos en los tres periodos de trabajo de campo, mostrando aquellas diferencias que se hayan mostrado en el acceso de las personas entrevistadas a la atención sanitaria **(Anexo 9)**.

Siguiendo el marco teórico elegido para el análisis de los resultados, la discusión de los mismos se realizará teniendo en cuenta los temas que se han explorado en el estudio en sus dos grandes bloques: las políticas sanitarias y perspectiva de las personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria.

Para la discusión de políticas, se debatirán los principales resultados en relación al marco teórico propuesto por Aday y Anderson en su propuesta de marco analítico para valorar el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria(6). Las categorías de análisis que se discuten son las siguientes:

- Tipos de definiciones de población migrante
- Terminología usada para población migrante
- Derecho y requisitos de acceso
- Definición de acceso y calidad
- Principios de las políticas
- Objetivos de la política relacionados con el acceso a los servicios y a una atención de calidad
- Estrategias de las políticas relacionadas con el acceso
- Estrategias orientadas a los servicios sanitarios

- Estrategias Orientadas al sistema
- Plan para la implementación
- Evaluación prevista de la política
- Recursos disponibles

Para la discusión de los resultados correspondientes a la perspectiva de las personas usuarias sobre su acceso a la atención sanitaria en Andalucía, se empleará el marco analítico adaptado de Aday y Anderson, diferenciado en 3 grandes bloques (entrada al sistema, entrada a los servicios y factores relacionados con la situación e las personas migrantes entrevistadas).

369

Las dimensiones y categorías para el análisis empleado se incluyen en la siguiente tabla:

Dimensiones a explorar	Categorías para el análisis	
Factores que influyen en el acceso relacionados con los servicios	Entrada al sistema	Provisión de información sobre la entrada al sistema <u>Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)</u> Trámites para la obtención Documentación para la obtención de la TSI, Estrategias para obtener la TSI Situación administrativa y socioeconómica. Conocimiento del sistema: derechos, funcionamiento del sistema.
	Entrada a los servicios	<u>Volumen y distribución. Atención primaria/ Atención especializada</u> Infraestructura física, equipamientos, personal, servicios disponibles Accesibilidad geográfica Distribución de recursos Distancia a los servicios <u>Organización de los servicios. Atención primaria/ Atención especializada</u> - Accesibilidad organizativa Tiempos de espera (programación, consulta) Trámites (petición cita, pruebas, cirugía) Horarios de atención de los servicios <u>- Accesibilidad económica</u> Pagos consulta, tratamientos

Dimensiones a explorar	Categorías para el análisis
Factores relacionados con los inmigrantes	<p><u>Predisponen</u> Condiciones de vida Tiempo de permanencia en España</p> <p><u>Capacitan</u> Redes sociales Familia Conocimiento del funcionamiento de los servicios Idioma</p> <p><u>Necesidades en salud</u> Percepción de salud/enfermedad; necesidad de atención en salud, autotratamiento.</p> <p><u>Contexto</u> Transporte público Condiciones del entorno</p>

El marco teórico y contextual será discutido de forma transversal a lo largo de toda la discusión de resultados.

En relación al estudio de las políticas sanitarias que inciden en atención sanitaria dirigida a personas migrantes, encontramos una importante producción científica referida al análisis de las mismas. Centrándonos en el marco Europeo, son muchos los autores y autoras que han estudiado la respuesta política tanto por parte de la Unión Europea como de los estados miembros.

Según observamos, la mayoría de las publicaciones revisadas distinguen dos niveles en el análisis de las políticas sanitarias. Por un lado está el nivel legislativo, donde, por medio de leyes, decretos, tratados y cartas se establecen los derechos de las personas migrantes a recibir asistencia sanitaria (155). Este nivel corresponde a la primera parte de descripción del capítulo I. En un segundo nivel, se establecen las respuestas específicas que cada país o estado da a esta legislación, que se desarrolla normalmente por el sistema de salud, y que se define fundamentalmente en los planes nacionales y autonómicos de integración, y algunas acciones específicas para esta población. En este nivel también se contemplan en otros planes como pueden ser planes de calidad o planes de salud de gobiernos regionales (158).

El desarrollo de las políticas de salud puede estar influenciado por diferentes factores, como pueden ser la tradición migratoria del país o por el modelo que el país adopte para la integración de las personas migrantes. Los dos modelos de integración más generalizados son, por un lado, los modelos multiculturalistas o de enfoque “activo”, donde el énfasis se pone en la adaptación de los servicios a la diversidad de personas migrantes que lo emplean, como puede ser el caso de Español o Británico, mientras que por otro lado, encontramos el modelo asimilacionista, o “pasivo”, en el que lo que se espera es que sean las personas migrantes quienes se adapten al sistema y a los servicios. Un claro exponente de este modelo es el francés.(159,160)

La gran complejidad del tema ha requerido la creación de **marcos de análisis** que han permitido caracterizar y comparar las políticas sanitarias de diferentes países. Además del empleado en nuestro estudio, basado en el modelo de estudio del acceso sanitario formulado por Aday y Anderson (6), en los últimos años, el marco más empleado para el análisis de las políticas sanitarias en el contexto europeo ha sido el modelo de P.Mladovsky (159) .

Para esta discusión se han revisado artículos que utilizan ambos modelos, pudiendo establecer comparación entre sus resultados (6,155,158,159, 161-163).

Nuestro estudio y los estudios revisados ponen de manifiesto que **las políticas de salud son un importante factor que determina el acceso a la atención sanitaria que recibe la población y en concreto, las personas migrantes**, ya que pueden influir en aspectos tanto de la organización de servicios sanitarios como en la disponibilidad de recursos, la organización de los mismos, su financiación, etc. así como en aspectos relacionados con las poblaciones en sí mismas, como en la propuesta y puesta en marcha de programas específicos que abordan características que pueden ser modificadas como, por ejemplo, el conocimiento e información sobre temas de cobertura y acceso, temas de alfabetización sanitaria o de aprendizaje del idioma(155,158,164).

El derecho humano de protección de la salud y de acceso a la atención sanitaria se ha consagrado en numerosas convenciones, tratados a nivel internacional y bajo los instrumentos jurídicos europeos, aplicables a todos los países que conforman la UE. Además de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el derecho a la salud fue proclamado por la Organización Mundial de la Salud desde su constitución, por la Organización de Naciones Unidas a través artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales, por la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares o por la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (165). En nuestro contexto, la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud en su Artículo 43. Otros dos hitos importantes en la declaración de los derechos de los migrantes en relación a la salud se materializaron con la firma de la Declaración de Bratislava sobre salud, derechos humanos y migración, firmado en 2007 por el Consejo de Ministros de salud de la UE y la resolución de 2008 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre Salud de los migrantes (166).

A pesar de ello, todavía, el acceso a los servicios de salud es una de las barreras más importantes para el bienestar de las personas migrantes en el marco europeo. Es por ello que los autores y autoras, expertos y expertas en este tema, consideren de vital importancia realizar análisis de las políticas sanitarias que dan respuesta a este marco legislativo(158,163,164,167,168).

Mladovskya et al. en un estudio realizado sobre políticas sanitarias europeas encontraron que, la mayoría de los países europeos incluidos en el estudio, 25 países de la UE, no abordaban la salud y el acceso de las personas migrantes a servicios de salud por medio de políticas específicas. El año 2009, solo once de los 25 países había establecido políticas nacionales que tenían como objetivo mejorar la salud de las personas migrantes e ir más allá de derechos legales. Estos países eran Austria, Inglaterra, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal, España, Suecia y Suiza.(163)¹

¹ La información en la que se basa esta publicación fue recogida dentro del proyecto "Estado de salud

Según el análisis realizado en nuestro estudio, **en España y Andalucía el fenómeno migratorio ha originado importantes respuestas, tanto a nivel legislativo como a nivel de objetivos y acciones dirigidas al acceso sanitario de las personas migrantes.** En general, casi la totalidad de estudios revisados subrayan la importancia de asegurar que las personas migrantes tengan acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones a las de la población local con el fin de reducir las desigualdades en la salud y eliminar situaciones discriminatorias (155,159,163,167,168). Autoras como Vázquez et al. señalan que España ha abordado el desafío de garantizar el acceso para cuidar adecuadamente a las personas migrantes mediante el desarrollo de políticas de salud con el que ha hecho frente a posibles barreras entrada al sistema y los servicios de salud y para garantizar cuidado orientado a la diversidad(161).

373

Las políticas sanitarias se señalan por Terraza-Núñez et al. como un importante determinante del acceso a los servicios, coincidiendo con resultados de nuestro estudio, y deberían permitir al sistema sanitario hacer frente al proceso de atención a la población migrante de manera adecuada(158).

En España, el exponente más importante de las políticas sanitarias han sido los Planes de Integración. Estos planes, a nivel nacional, denominados de ciudadanía e integración o inmigración, son de carácter multisectorial (empleo, vivienda, servicios sociales, salud), y dependen del hoy día llamado Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, y autonómicamente de la Consejería de Inmigración o Dirección de Inmigración dentro de la Consejería de Salud y/o Bienestar Social o equivalente, pero es la Consejería de Salud, en todos los casos, la responsable de la implementación de las acciones en salud.

Además, se han ido incorporando políticas específicas para población migrante en los planes de salud autonómicos y en el plan nacional de calidad del sistema de salud. Algunas acciones específicas para esta población también se contemplan en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud y en los planes de salud de las CC.AA. (112, 125,127)

Según un estudio de Vázquez et al. la respuesta del Plan estratégico nacional de ciudadanía e integración 2007-2010 viene a través de varios objetivos relacionados con la salud. Además, desde el año 2008, 15 de las 17 comunidades autónomas del país (a excepción de Asturias y Galicia) vienen desarrollado planes y programas regionales específicos para la población migrante en los que también se incluyen objetivos de salud. Algunos planes regionales de salud también contienen los objetivos de salud de las personas migrantes(155), como el IV Plan de Salud en Andalucía (127).

y condiciones de vida" (VC / 2004/0465) mediante una encuesta, financiada por la Comisión Europea, DG Empleo y Asuntos Sociales, e implementada por el Observatorio Europeo de la Situación Social

El contexto de crisis económica en el que se enmarca este estudio también ha sido analizado por diferentes estudios, así como la repercusión que ha podido tener en la respuesta política. Autoras como Bacigalupe, es su estudio *Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis. ¿Existen diferencia entre las Comunidades Autónomas?*, concluyen que la gestión política de las crisis puede influir en el impacto que estas tengan sobre la salud de la población, en las desigualdades sociales en salud y en la percepción de la ciudadanía sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios(169).

Esta misma autora, en otro estudio, señala que en épocas de crisis pueden aumentar las desigualdades en salud, facilitado por el impacto que los determinantes sociales pudieran tener sobre la equidad en salud (aumento de desigualdad social y pobreza, mayor inseguridad laboral, aumento del desempleo, y la privatización de bienes y servicios públicos), puesto de manifiesto en nuestro estudio(164). Sin embargo, algunos resultados también parecen mostrar que las recesiones económicas no siempre aumentan las desigualdades en salud (164). Ello pudiera explicar que, el papel de las políticas del estado de bienestar durante los períodos de crisis es clave para amortiguar el crecimiento de las desigualdades, como sucedió, según estudios a este respecto, en los países nórdicos durante la crisis de los noventa (164,170).

Sin embargo, en nuestro contexto, Urbanos afirma que en España las reformas asociadas a la crisis económica, lejos de combatir las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios, han abierto nuevas brechas y reavivado la preocupación por los problemas de equidad (167).

A nivel legal, nuestro estudio define claramente los cambios acontecidos a partir de la aplicación **del RDL 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**. Además de las medidas económicas, el mayor cambio que representa esta reforma legislativa era en lo relativo a la cobertura sanitaria, restringiendo a la condición de asegurado un derecho que anteriormente se vinculaba a la condición de ciudadanía. Este cambio se hacía operativo a través del **Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto**, por el que se regulaba la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (dejando fuera de la asistencia sanitaria a personas mayores de 26 años sin cotización previa mediante la acreditación de no tener ingresos superiores a cien mil euros anuales (solo para personas con nacionalidad española o estados EU/EEE/Suiza) y a personas migrantes en situación irregularizada. A pesar de que esta modificación ha sido el centro de muchas de las publicaciones que revisan las políticas sanitarias en el contexto Europeo(161,164,167-169,41,171-174), y foco de artículos de expertos analistas políticos

(167,168), no hemos encontrado ninguna alusión en la revisión de los textos políticos revisados. Tanto los Planes de Calidad como los Planes de ciudadanía e Integración a nivel estatal y andaluz, así como el IV Plan Andaluz de Salud, siguen nombrando y manteniendo la cobertura universal del sistema sanitario, sin ninguna alusión a la exclusión sanitaria de las personas migrantes en situación irregular:

Una vasta literatura pone en evidencia que las políticas de austeridad, tanto por recortes económicos como medidas como el RDL 16/2102, y la consecuente exclusión sanitaria de las personas migrantes en situación irregular, no solo no han solucionado el problema de la crisis, sino que han dejado secuelas en la morbi-mortalidad de la población que las ha sufrido(175). La revista *The Lancet* publica anualmente, desde el año 2000, un estudio en el que establece el estado de salud de 195 naciones y fija un ranking de sistemas de salud a partir de la comparación de 32 indicadores que determinan hasta 32 causas de fallecimiento. En el año 2017, últimos resultados publicados, España sale de la escala de los 10 mejores para pasar al número 19(176). En el último año, Amnistía Internacional(177), el Consejo Económico y Social de la ONU(178) y la revista médica *The Lancet* en su editorial de 5 de mayo(179), han manifestado también su preocupación por las consecuencias que estaban teniendo los recortes económicos y las medidas legislativas que se estaban poniendo en marcha, y que han contribuido a aumentar las desigualdades, a degradar la calidad de los servicios sanitarios y a reducir el acceso de las personas migrantes a los servicios sanitarios.

Sobre los **tipos de definiciones que se emplean para nombrar a las personas migrantes**, en los textos revisados para nuestro estudio y las políticas sanitarias vigentes, observamos que las personas migrantes son definidas por sus características, es decir, para diferenciar a las personas migrantes de las autóctonas se emplean características como el origen, tiempo de permanencia en España o el estatus administrativo. Esta forma de definir a las personas migrantes dentro de los planes y programas encuentra su explicación en que las políticas de salud se diferencian más en términos de enfoque que de contenido, es decir, en un estudio que compara las políticas sanitarias de Andalucía y Cataluña, observamos que, tanto a nivel estatal como a nivel andaluz, se incluyen estrategias dirigidas a la población migrante dentro de las políticas generales y se aplican las acciones concretas, mientras que en Cataluña se desarrolla un plan de salud específico para este colectivo, según Vázquez et al. (161).

Según estas autoras, esto puede ser un reflejo de diferentes tendencias en las que, en el primer caso, Andalucía, se considera la diversidad cultural de la población en su conjunto, mientras que en el segundo, es decir, en Cataluña, las personas migrantes son reconocidas como en desventaja social y se elaboran planes específicos para facilitar

el acceso en los mismo términos (161). Sin embargo, esta consideración difiere de la que hemos encontrado en nuestro análisis, en el que otros resultados muestran que en muchas de las políticas sanitarias y documentos de desarrollo normativo en Andalucía, el colectivo migrante va agrupado a otros colectivos porque su situación se considera de vulnerabilidad o riesgo social.

Las diferentes posibilidades de enfoque son descritas en el marco analítico propuesto por Mladovsky, en el que afirma que las políticas pueden enfocarse específicamente en las personas migrantes, o en un grupo más amplio que probablemente abarque a las personas migrantes. Tales grupos pueden incluir 'Minorías étnicas', 'personas vulnerables' o 'grupos socioeconómicos bajos' (159).

En los Planes de Salud en Andalucía esto ha ido evolucionando, desde que la población migrante ha estado incluida en objetivos dirigidos a grupos de personas desfavorecidas más amplio (180), a tener objetivos específicos en el IV Plan de Salud (127).

En revisiones de políticas comparativas, se afirma que en lugares donde la migración exterior es un fenómeno más reciente, como pueden ser Italia y España las personas migrantes son consideradas grupo de población con características y necesidades distintas, y en riesgo de exclusión del sistema de salud (155). En respuesta a ello, las políticas han tratado de dar respuesta a necesidades específicas del colectivo migrante.

Ya en 2011, Serrano Falcón et al. consideraban que la detección de nuevas necesidades de salud del colectivo de personas migrantes podría justificar la incorporación de nuevos objetivos y medidas, teniendo en cuenta que algunas de ellas se ven abocadas a encontrarse en situaciones de riesgo (por ejemplo ejerciendo la prostitución) o teniendo necesidades específicas derivadas del proceso migratorio (problemas de salud mental). Se entienden situaciones de especial necesidad la atención centrada en la familia y la capacitación de personas que atienden a las personas mayores. Por tanto, estos autores y autoras abogaban por que se incluyen medidas específicas que tengan en cuenta sus diferencias culturales, personales y sociales, que requieren un abordaje terapéutico diferenciado y metodologías específicas de intervención y sensibilización social (181).

Para terminar con la definición de las personas migrantes en las políticas sanitarias, es preciso decir que la terminología más empleada en los textos políticos a nivel nacional y andaluz es "migrante" o "inmigrante", sin indicar explícitamente quién está incluido o excluido (159, 182), resultado coincidente con otras autoras que han revisado las políticas sanitarias españolas.

A nivel regional, en Andalucía, **los planes de salud tradicionalmente han tratado problemas específicos de salud, sin embargo, los planes integrales y de atención,**

integración y convivencia han tenido un abordaje más amplio de la salud y del acceso sanitario de las personas migrantes, teniendo en cuenta la importancia de los determinantes sociales de la salud. Este resultado coincide con resultados de la revisión realizada por Terraza-Núñez et al. (180), en el que se afirma que el principio de igualdad de derechos inspira los objetivos y estrategias de los planes de integración analizados, tanto estatales como autonómicos. Las autoras afirman que el principio de salud se traduce en la garantía de igualdad de acceso a la atención. Además de ello, se observa que en el IV Plan Andaluz de Salud, a diferencia del resto de planes de salud autonómicos, la equidad en el acceso incluye explícitamente la calidad de la atención prestada.

En los Planes Integrales para la Inmigración en Andalucía, desde su primera versión, se ha trabajado en el acceso sanitario de las personas migrantes desde la facilitación del acceso al Sistema Sanitario Público Andaluz y la atención a los procesos de acogida contemplado en el I Plan de Integración para la Inmigración en Andalucía (PIPIA), pasando por la calidad de la asistencia sanitaria y a privilegiar los procesos de integración en el 2º PIPIA (122) hasta llegar a considerar el carácter estructural de la migración en la CCAA andaluza en el 3er PIPIA.(123) Siguiendo esta línea, en un reciente estudio que realiza un análisis de contenido de los documentos de políticas en Irlanda, Portugal y España, en el marco del acceso de las personas migrantes a los servicios de salud dentro de la Unión Europea (182), se señala que los tres países proponen una amplia gama de acciones para mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud para las personas migrantes, con la finalidad de lograr que los servicios se adapten mejor a las personas migrantes. España hace hincapié en aspectos estructurales como la discriminación y el racismo en la práctica médica cotidiana, así como la adaptación de protocolos médicos a la realidad social y cultural de los diferentes perfiles de las poblaciones.

Los determinantes sociales de la salud son un elemento muy presente en los textos sanitarios analizados, sobre todo en Andalucía, tal y como se resalta en los resultados. En este sentido, cabe señalar que trabajos publicados sobre el efecto de los determinantes sociales de la salud en la salud y en el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria, se han centrado en los factores socioeconómicos, sin tener en cuenta que la propia migración puede ser un factor más (168).

En cuanto a los **principios de las políticas sanitarias, en la redacción de las políticas sanitarias en Andalucía se habla de principios de reducción de desigualdades o inequidades en salud, de diferencias de salud en la personas migrantes (y otros), equidad y derecho universal.** También vuelven a aparecer los determinantes sociales de la Salud como marco teórico y conceptual. Este resultado coincide con los resultados obtenidos por Vázquez et al. en su revisión de políticas sanitarias a nivel estatal en el año 2013, en el que los resultados

muestran que las políticas nacionales y regionales analizadas se basan sobre el principio de que la asistencia médica es un derecho otorgado a las personas por ley(161). También Ledoux et al. concluyen en el análisis de contenido de las políticas en Irlanda, Portugal y España, que el objetivo de las políticas en estos tres países es la mejora del estado de salud de la población migrante basado en principios de equidad e igualdad(182). En sus propuestas políticas está la eliminación de las barreras para una verdadera equidad en el acceso a los servicios de salud y en políticas públicas de salud que se dirijan a la mejora de las condiciones de vida y de trabajo de las personas migrantes, coincidiendo con el enfoque de los determinantes sociales de la salud. En esta revisión, además, se enfatiza que el Plan Nacional de Integración español se centra en la accesibilidad y menciona dos objetivos generales: garantizar el derecho a la salud para extranjeros y mejorar la capacidad de gestión de la diversidad en los centros sanitarios (182).

A nivel andaluz, el III Plan Integral de Inmigración vincula el compromiso de la reducción de las desigualdades, orientándose hacia la equidad (124). En este sentido, y sin tener en cuenta la situación de regularidad de las personas migrante se sigue contemplando el acceso a la cartera de servicios completa del SSPA. Según Serrano Falcón et al. este plan contempla además, como elemento novedoso, acciones dirigidas a fomentar una actitud proactiva de la población migrante que potencie la gestión autónoma de su participación e integración en los procesos de atención sociosanitaria (181). El empoderamiento de las personas migrantes es una estrategia considerada y promovida también por otros autores y autoras a nivel internacional, como Ledoux et al., que afirman que es una vía importante a considerar para la mejora del acceso a la atención sanitaria y la superación de las barreras culturales y sociales(182).

En relación al acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes, **los objetivos de las políticas revisadas en general están más relacionados con los servicios públicos y con la adaptación de los servicios a las necesidades específicas de las personas migrantes.** Este hecho puede explicarse porque, así como se ha comentado, todos los textos vigentes en la actualidad contemplan la cobertura universal del Sistema sanitario tanto Andaluz como español, por lo que el hecho de que la atención sea un derecho otorgado a toda la ciudadanía no contempla que nadie, y en concreto, el colectivo migrante sea excluido. Este resultado coincide con otro análisis realizado por Vázquez et al. sobre las políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico, en el que se justifica el hecho de que las políticas de salud dirigidas a personas migrantes son explícitamente basado en los principios de igualdad de acceso para igual necesidad, no discriminación e igualdad de oportunidades(161).

Cabe señalar que al predominar las estrategias destinadas a garantizar la calidad de la atención una vez en el sistema, por ejemplo en la adaptación de los servicios de salud o

mejora de la comunicación, sobre los relacionados con la entrada al sistema y los servicios, puede suponer un problema de equidad, por no considerar a todas aquellas personas que por barreras en el acceso pueden quedar fuera de los servicios y por tanto no serán beneficiarias de dichas estrategias.

En este sentido, diferentes autores/as manifiestan la necesidad de poner el énfasis de las políticas también sobre las barreras de acceso (culturales, sociales, económicas, etc.) y los determinantes sociales de la salud (182), así como en el cambio de políticas más sistémicas, incorporando enfoques de sistemas de salud sensibles a la diversidad(183). Los derechos legales deben ser expandidos, pero los sistemas también necesitan ser más amigables con las personas migrantes en otras formas, por ejemplo, mediante la facilitación del aprendizaje del lenguaje y superación de barreras culturales, mejorando las competencias de la salud trabajadores y organizaciones, y aumentar la salud alfabetización de migrantes (168).

379

Según otros autores y autoras, el enfoque puesto en las políticas de salud no debería subestimar que los determinantes sociales de la salud son los factores principales que causan problemas de salud y solo una conjunto de políticas dirigidas tanto a las causas sociales de la mala salud como la pobreza, el racismo y la educación, y la atención de la salud los servicios conducirán al cambio necesario (182).

En cuanto a las **estrategias de las políticas relacionadas con el acceso**. Estas están dirigidas a actuar sobre las personas migrantes, los servicios o el sistema.

En el análisis realizado de nuestras políticas, observamos que **la mayoría de los planes están dirigidos a actuar sobre los servicios**, y son pocas las actuaciones que se dirigen a modificar las características de la población migrante que influyen en su acceso. Este resultado contrasta con el obtenido en el ámbito internacional por Mladovsky, que afirma que las políticas nacionales en general proponen una combinación de iniciativas dirigidas a pacientes y proveedores (163) y con resultados de Terraza- Nuñez et al. que, en su revisión, concluían que las acciones propuestas tanto en el ámbito estatal como regional en España se centraban básicamente en modificar las características de la población (conocimiento, comunicación y educación en salud) y, en mucho menor grado, en aspectos de la oferta (158).

No obstante, otras autoras combinan los diferentes enfoques y señalan que las principales estrategias de adaptación de servicios suelen ser a través de acciones dirigidas a pacientes y proveedores (182).

Acciones dirigidas a mejorar el acceso a los servicios se han desarrollado tanto a nivel nacional y niveles regionales, en España así como en países del entorno(155). Vázquez et

al. dividen estas estrategias en tres bloques: información, comunicación y aumento en la oferta de servicios.

Según nuestro análisis, **las estrategias, medidas y/o acciones orientadas a la población migrante en nuestro contexto están generalmente dirigidas a mejorar el conocimiento sobre los servicios sanitarios y su funcionamiento** (acciones, como pueden ser la difusión de información sobre acceso, derechos y deberes, la formación, la traducción de la información a varios idiomas o la difusión de información a través de las nuevas tecnologías a la población general (o específicamente a la población migrante) para formarlos en un uso adecuado de los servicios sanitarios). Solo el Plan Integral para la Inmigración en Andalucía realiza formación de personas migrantes para mejorar su acceso, contemplando el aprendizaje del idioma. Este resultado se refuerza en el análisis realizado por Terraza-Núñez et al. de políticas de ámbito estatal y autonómico (180) así como en el análisis de las políticas de ámbito español que inciden en el acceso sanitario de las personas migrantes publicado en el año 2013 por Vázquez et al. (161) En este estudio se concluye que las estrategias para mejorar el acceso dirigido a las personas migrantes están centradas principalmente en la sensibilización sobre el funcionamiento del sistema y los servicios de salud, ofreciendo información lingüística y culturalmente adaptada (161).

En otros análisis realizados en nuestro entorno, se muestra que, en España, tanto a nivel nacional como regional, hay una preocupación con la difusión de información entre las personas migrantes relacionada con el sistema de salud, como procedimientos burocráticos y servicios disponibles, funcionamiento del sistema, derechos y deberes de la ciudadanía, mientras que las acciones relacionadas con la mejora de la comunicación están destinadas a mejorar la interacción entre paciente migrante y profesional de la salud (155). Las acciones de comunicación e información son favorecidas por servicios de traducción, como por ejemplo en países como Inglaterra. En España, a nivel estatal, se introducen políticas de comunicación en sus planes mediante las medidas de provisión de información verbal y escrita, sin especificar el contenido. Andalucía define un servicio de teletraducción como medida concreta del III Plan Integral Para la Inmigración en Andalucía. La especificidad de las medidas regionales es un patrón que se repite también en países de nuestro entorno como Italia(155). España se encuentra entre los países que contemplan la provisión de servicios de intérprete e información sobre los servicios de salud, el derecho a la salud y la salud educación y promoción. Todos los planes regionales en España también promueven la mejora de la información para las personas migrantes en servicios de salud (163).

Dentro de la mejora del conocimiento sobre el sistema, los planes contemplan medidas indirectas (elaboración de folletos, traducción de documentos) en detrimento de medidas directas, como la información personalizada. Sin embargo, en la literatura se contrasta con

este tipo de medida, afirmando que la información dada a través de material impreso, redes sociales o medios audiovisuales podrían no ser la mejor estrategia, porque tal vez pudieran desalentar a pacientes de minorías étnicas de saber más sobre los servicios de salud (182, 184). No obstante, no podemos olvidar que la falta de información y el desconocimiento del sistema se han señalado como una dificultad en el acceso y como origen de una posible utilización inadecuada de los servicios, tanto en nuestro estudios como en otros realizados en nuestro entorno (96). Según Terraza-Nuñez et al. todos los planes autonómicos contemplan la provisión de información a personas migrantes mediante materiales traducidos, con información relativa a trámites burocráticos, servicios disponibles, funcionamiento, y derechos y deberes. Solo Andalucía incorpora acciones de información activa a través de asociaciones de migrantes (180). En este sentido recordamos que el III Plan Integral Para la Inmigración en Andalucía contempla medidas concretas para mejorar la información y accesibilidad a los recursos sociosanitarios de la población extranjera y, muy particularmente, de sus colectivos más vulnerables a través del establecimiento de convenios y acuerdos con asociaciones o instituciones que trabajen con población migrante adulta.

Acerca de las **estrategias orientadas a los servicios sanitarios**, podemos hablar de la **disponibilidad de recursos y acceso geográfico y otro tipo de acciones que se orientan a proporcionar acceso a una atención de calidad a través de la mejora de la comunicación, adaptación del modelo de organización de servicios, formación de los profesionales y conocimiento de la población migrante**. Según la literatura revisada muestra que las acciones de ámbito estatal para orientar la organización de los servicios contemplan el aumento de la oferta disponible y la mejora de la calidad de la atención. Sin embargo, solo se propone el aumento de recursos humanos en la CC.AA. de Madrid. Andalucía propone, a través del IV Plan de Salud, mejorar la calidad. La revisión también contempla la elaboración de protocolos y programas específicos en Andalucía y Valencia (180). Así como se muestra en nuestros resultados, **hay muy poca alusión al** aumento de recursos materiales y humanos, así como el aumento o detalle de presupuesto.

Dentro de la adaptación del modelo de organización de servicios, el **III Plan Integral Para la Inmigración en Andalucía** apuesta por la incorporación de estrategias de identificación y transferencia de buenas prácticas. Esta estrategia también se contempla en el plan nacional de integración (180). La formación de profesionales es una estrategia muy extendida tanto a nivel nacional como en el ámbito internacional (182). Se orienta a la mejora de sus competencias culturales mediante programas de formación continuada y campañas de sensibilización cultural. Los contenidos a nivel nacional son similares entre CC.AA. (180) Tanto el Plan nacional de integración como el Plan Integral para la Inmigración en Andalucía contemplan medidas de formación de profesionales.

Es importante observar que la medida de formación de profesionales no solo responde a la adecuación de los servicios, sino a una necesidad sentida y expresada por profesionales sanitarios en estudios de nuestro contexto(185) , así como una medida con amplio consenso sobre su utilidad entre autores y autoras del contexto internacional (168,182).

En cuanto a los contenidos de la formación, a nivel europeo el proyecto MEM-TP (Migrant and Ethnic Minorities Training Packages) realizaba una revisión de los principales programas de formación en los que destacaban temas relacionados con la sensibilización y toma de conciencia del fenómeno de la migración, conocimiento sobre normativas nacionales e internacionales, políticas sanitarias y su impacto en la salud de la población migrante, promoción y prevención de la salud, participación de pacientes y enfoque intersectorial, problemas de salud específicos y temas de habilidades relación y comunicación(186).

La formación de profesionales también se contempla como una medida de provisión de atención médica de calidad, junto a las estrategias de adaptación de programas e instrumentos y la mejora de la comunicación y proporcionar formación de profesionales. Las estrategias son similares en el ámbito nacional y políticas regionales analizadas y en línea con las consideradas buenas prácticas en la atención de la salud de las personas migrantes en Europa en un estudio Delphi realizado con 134 expertos de 16 estados miembros de la UE (187).

Sin embargo, otras medidas necesarias y demandas tanto por la sociedad como por los/as profesionales no se incluyen, como aumentar el tiempo de consulta por paciente, especialmente en la consulta de Atención Primaria(188) , que ayudaría a resolver un problema descrito en el atención de los migrantes en los servicios de salud españoles (189). Todo este tipo de medidas deben ir acompañadas de un presupuesto y un aumento de recursos, tal y como afirman Vazquez et al.(161).

Siguiendo este hilo, y aunque ya se ha comentado que hay muy poca alusión al aumento de recursos materiales y humanos, no queremos dejar de comentar que es una tendencia generalizada en el contexto europeo. Las estrategias destinadas a mejorar los recursos no abundan en diferentes países estudiados, como en el estudio de Vazquez et al. que compara España, Italia e Inglaterra, que muestra que ninguno de los tres países aumenta sus recursos disponibles en proporción al incremento de la población migrante. En este sentido, las autoras comentan que de esta manera se destacan deficiencias en el sistema de salud relacionadas con el rendimiento de profesionales de la salud, principalmente la escasez de recursos humanos, la sobrecarga de trabajo y horas laborales (155). Este resultado es totalmente coincidente con los resultados que se pueden encontrar en los

discursos sobre la percepción de las personas migrantes entrevistadas para este estudio, como en otros estudios en los que se consulta a profesionales de salud en nuestro contexto(180,190). En el estudio realizado en el contexto de políticas a nivel español y de las CCAA solamente una de las regiones propone aumentar los recursos humanos (Madrid), y a nivel nacional se comenta la mejora de la infraestructura(180).

En las **estrategias dirigidas al sistema que se encuentran en las políticas sanitarias, las principales acciones son las destinadas principalmente a simplificar y mejorar los trámites administrativos, sobre todo la tramitación de la TSI**. En este sentido, Andalucía realizó un gran esfuerzo en firmar el Convenio de Colaboración en materia de Salud Pública para el Colectivo de personas migrantes, suscrito en marzo de 1999 entre varias organizaciones y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, pretendiendo corregir los principales obstáculos para el acceso a los servicios de salud pública, evitando así barreras administrativas e idiomáticas.(181,191)

No obstante, las intervenciones y medidas que se han llevado a cabo por los sistemas públicos para fundamentalmente la mejora de los trámites administrativos y de los sistemas de información, tanto a nivel nacional como en la CCAA de Andalucía y otras, se consideran insuficientes para la mejora de la acceso de las personas migrantes. Estas medidas deberían ir acompañadas por otras medidas de organización y gestión de los servicios sanitarias, como se ha comentado anteriormente y coincidiendo con resultados de otros estudios (158).

Hay propuestas de **acciones intersectoriales basadas en el enfoque comunitario, y basado en el marco de los determinantes sociales de la salud**. El más claro exponente de políticas que rigen este tipo de acciones son el Plan Estratégico Ciudadanía e Integración del Ministerio de Trabajo, Inmigración y Seguridad Social así como los Planes Integrales de Inmigración, tanto en Andalucía como en otras Comunidades Autónomas. A nivel internacional hay un claro consenso en la realización de este tipo de planes junto con las organizaciones civiles, asociaciones de ayuda mutua, en este caso asociaciones de migrantes y ONG. Ledoux et al. muestran que Irlanda, Portugal y España ponen el énfasis en las acciones nombrando en primer lugar a las asociaciones de migrantes y su participación directa se considera crucial para el éxito de las mismas. También describen acciones la colaboración con ONG y otras organizaciones públicas y privadas. En su estudio contemplan el Plan Integral de Inmigración tanto de la Comunidad de Madrid como de Andalucía y nombran la creación de foros y comisiones a nivel local, reuniendo a profesionales de la salud, de servicios sociales y de educación, así como asociaciones de vecinos, ONG, asociaciones de migrantes, responsables políticos y centros juveniles que ayuden y faciliten la coordinación intra e interinstitucional.(182,191,192)

En Andalucía, como se ha comentado, se hace especial hincapié en prestar atención a los determinantes sociales de salud a través de una mejor coordinación entre diversos actores, para evitar consecuencias indeseadas como la violencia de género o contra la infancia, la xenofobia o esclavitud (182,123). En este sentido, este III Plan Integra de Inmigración de Andalucía, al igual que los anteriores, tiene como metas principales la cooperación y la integración del colectivo inmigrante. De igual modo, se hace hincapié en el diseño de políticas sectoriales, es decir políticas específicas adaptadas a las necesidades de cada territorio- respecto a la juventud (entre 15 y 24 años) pues representan más del 39% de las personas extranjeras empadronados en Andalucía. Y, de forma específica, en el marco sociosanitario, persiste en la estrategia de territorialización de las intervenciones, profundizando y descendiendo hasta centrar en lo local el ámbito de la coordinación intersectorial, la elaboración de los diagnósticos sobre las necesidades de salud de las personas extranjeras, así como el desarrollo de las actuaciones sociosanitarias y de promoción de la salud (181).

Los planes tienen propuestas variadas de evaluación, pero **no hemos encontrado ningún resultado relevante que refleje una evaluación del acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria**. Este resultado es coincidente con otros resultados de análisis de políticas de otros países de nuestro entorno, en el que la evaluación específica de las políticas de salud dirigidas a personas migrantes, en general, es escasa (155,182). Solo Vázquez et al. documentan que Inglaterra sí ha realizado un mayor esfuerzo en la evaluación de las desigualdades en acceso a la atención de salud entre grupos étnicos, realizado a través del Observatorio de Salud de East Midland, uno de los nueve observatorios regionales de salud pública financiados por el Departamento de Salud del gobierno inglés. El Plan Integral de Inmigración de Andalucía establece una evaluación externa en la que se propone una evaluación de proceso, es decir, se contabiliza el número de medidas implantado, aunque todavía no se ha llegado a evaluar el alcance de consecución de dichas medidas en el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria en Andalucía(193). Otras regiones, como el País Vasco, contemplan también la evaluación en su Plan Vasco de Inmigración 2003-2007 en relación al acceso sanitario de las personas migrantes. Los resultados son de mejora del indicador (acceso) pero sin datos que lo avalen (180). Señalar que Encuesta Nacional de Salud Española tiene incorporadas una serie de variables como nacionalidad, empleo y condiciones de trabajo, patrón de uso de los servicios sanitarios, tiempos de espera, necesidades de atención de salud no cubiertas o determinantes sociales de salud que podrían permitir la evaluación de algunas de las desigualdades en salud de la población migrante(194). Por último, señalar que todas las revisiones y marcos de políticas sanitarias explorados para este estudio señalan la evaluación como un elemento indispensable en el diseño de políticas sanitarias.

No obstante, todavía hoy es el escaso énfasis el que se le da a dicha materia.

Los **recursos disponibles** para la **implementación de las políticas** son **prácticamente inexistentes en la redacción de los documentos** revisados. Solo hemos encontrado presupuesto en el III Plan Integral para la inmigración de Andalucía. La falta de recursos y de definición de los mismos es un resultado que comparten la mayoría de los estudios revisados(155,168,182). En la revisión de las políticas sanitarias en contexto español y de las Comunidades Autónomas, a excepción del País Vasco, cada plan asigna un presupuesto para la implementación de las políticas. La financiación de las acciones en salud varía entre las CC.AA. analizadas. Se dan datos de porcentaje asignado a cada uno de los planes de integración(180). En España, formulación de políticas y la implementación están descentralizados a nivel regional, lo que conduce a una heterogeneidad de planes, programas y estrategias de implementación(163).

Vazquez et al. señalan la falta de definición de presupuesto como una de las debilidades identificadas, junto a la definición insuficiente de medidas y la evaluación de las políticas(155). Esta misma autora, en una revisión de las políticas sanitarias dirigidas a mejorar el acceso a la salud de las personas migrantes también concluye que, en general, se identifica una planificación limitada de las políticas en términos de su implementación, de los recursos necesarios y de la evaluación, resultados coincidentes con nuestro estudio(161).

Por lo tanto, observamos que aunque las políticas de salud estén dirigidas a mejorar el acceso sanitario de las personas migrantes, la falta de recursos puede reflejar que finalmente no se implementen en el terreno, coincidiendo con las conclusiones expuestas por Mladovsky en su propuesta de marco analítico(159) o las conclusiones de Rechel et al. en el contexto del análisis realizado sobre las políticas sanitarias en el marco europeo(168).

Ledoux et al. señalan que si bien la formulación de políticas ya es un desafío, la prueba real viene con la implementación. Además, consideran que las políticas públicas dirigidas a personas migrantes son de naturaleza sensible, y más en un contexto de crisis económica, en el que los derechos de las personas migrantes pueden ser cada vez más controvertidos (182).

Por último, cabe señalar como punto importante a considerar, que las políticas revisadas son aquellas "**políticas explícitas**" en las que los gobiernos Español y Andaluz tienen una intención directa de modificar el acceso de las personas migrantes. No obstante, y teniendo en cuenta el contexto socioeconómico en el que se ha realizado este estudio, es importante considerar todo el resto de **políticas sociales y económicas**, que implícitamente han tenido un papel trascendental en el funcionamiento y acceso al sistema sanitario público de la población general y de las personas migrantes en particular, como la reducción de personal, la de inversiones, y los recortes.

3 Discusión de resultados sobre la perspectiva de las personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria

En todas las entrevistas se recogieron datos sobre las características sociodemográficas de las personas entrevistadas y en las entrevistas realizadas por primera vez, se preguntó por dos dimensiones adicionales. En primer lugar, su idea o definición de qué es una persona migrante y en segundo lugar, qué entendían ellas acerca de lo que es el acceso a la atención a la salud. Estas preguntas sirvieron para contextualizar la entrevista, conocer su situación personal actual y acordar con las personas participantes cuál era el concepto de acceso que se iba a emplear durante la entrevista.

Para comenzar la discusión, nos parece importante hacer una breve introducción sobre lo que la literatura científica describe sobre el contexto económico y social, el momento de realización de las entrevistas y la repercusión en la salud de las personas migrantes. La crisis económica ha generado un profundo impacto para el sistema público de salud en general y ha tenido consecuencias específicas en la atención de poblaciones migrantes (41, 172, 195). En los últimos años, una extensa producción científica ha tratado este tema, artículos científicos, editoriales e informes de diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han puesto en evidencia que las personas migrantes, en especial aquellas en situaciones administrativas y socioeconómicas más vulnerables, han visto afectados no solo el uso de los servicios sanitarios sino también su salud (16, 18, 22, 196-198). También ha habido una extensa literatura en torno a la pérdida de cobertura universal a la atención sanitaria en España, apareciendo ya en el primer trimestre del año 2018 un estudio sobre los efectos en la mortalidad de dicha medida (175).

Aunque cabe considerar que los recortes económicos comenzaron antes de las entrevistas iniciales de la primera fase de este estudio, los últimos años habían comenzado a dar lugar otros ajustes del sistema como reducción de personal y servicios, reducción de la financiación de medicamentos y copago de servicios en algunas CCAA (72, 86, 157).

En relación a estos recortes económicos y a las medidas de ajuste realizadas en este marco de la crisis económica (18, 168, 172, 196, 199, 200) las personas entrevistadas para esta tesis lo han percibido como una dificultad en el acceso a los servicios sanitarios, principalmente en el segundo periodo, y se ha confirmado este resultado en el tercero, aunque con menor intensidad. Más adelante se discutirán los resultados relativos a la entrada a los servicios.

De acuerdo a los datos e indicadores socioeconómicos mostrados en el marco teórico, la situación de la mayoría de personas entrevistadas ha cambiado. Una gran parte de las personas migrantes que han participado en este estudio han sido entrevistadas en los tres

momentos de recogida de información. Partiendo de la primera fase, se ha tratado de localizar a todas aquellas personas que participaron en los tres momentos. Sin embargo, algunas de ellas han retornado a sus países, otras han cambiado de lugar de residencia dentro del estado español y algunas otras no ha sido posible localizarlas. El mayor cambio detectado en las personas que han sido entrevistadas en los tres momentos ha sido en el ámbito laboral. La interseccionalidad (201) entre la pérdida o deterioro de las condiciones de trabajo, la pérdida de nivel adquisitivo, la disminución de las redes sociales por retorno o cambio de residencia de amigos y familiares y el empeoramiento del sistema sanitario público ha generado consecuencias importantes no solo para el acceso a la atención sanitaria, sino también para la protección de la salud pública de la población general, y, más en particular, de algunas personas migrantes, por su mayor exposición a dichos determinantes (196,200).

Por otro lado, en nuestro estudio parece que los resultados corroboran una pérdida del llamado *efecto del migrante sano* debido a los efectos de la crisis (141,202). Esta percepción es compartida por algunas personas entrevistadas así como por otros autores y autoras, tanto en nuestro contexto más cercano como en el contexto europeo (96,19,157,203-206).

No obstante, podemos afirmar que la mayoría de personas ha mejorado su situación administrativa. En nuestro estudio, en la primera fase, de 33 personas entrevistadas había 5 sin TSI, en la segunda de 27 personas solo 2 no tenían TSI y en la tercera, las 15 personas disponían de TSI, es decir el 100%. (todas ellas tienen situación administrativa regular). Tan solo unas pocas personas han mejorado sus trabajos y red social, siendo en el caso de las personas que han participado en este estudio, personas de origen Rumano.

Los resultados principales del estudio se han dividido en tres bloques fundamentales, siguiendo con el marco teórico de análisis de Aday y Anderson, entrada al sistema, entrada a los servicios y factores relacionados con la condición o situación de las personas entrevistadas. A partir de ellos se estructura esta discusión:

I. Entrada al sistema.

Las barreras más importantes en relación a la entrada al sistema en los tres periodos son la falta de información o poco conocimiento sobre el sistema y su funcionamiento, la fuerte vinculación del acceso al sistema sanitario a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), tanto como facilitador como barrera y por último, el miedo a cobros y no atención de las personas sin TSI o TSI en pasivo como barrera. Estos resultados se repiten en la bibliografía, la falta de información, el conocimiento del sistema y la dificultad ante la no

posesión de la TSI aparecen en estudios cualitativos en el ámbito nacional (96,88,207-209) realizados con informantes migrantes, así como en estudios internacionales (210). En nuestro estudio, las personas migrantes otorgan a la TSI una importancia considerable, factor que no suele ser tenido en cuenta en los estudios de carácter cuantitativo (199). En el contexto internacional, tanto en nuestro entorno próximo como en entornos lejanos, la falta de información es un factor ampliamente considerado como barrera de acceso (159,162,210–212).

El conocimiento sobre el sistema y su entrada mejora con la estancia de las personas migrantes en el país de destino, en el caso de las personas entrevistadas para nuestro estudio así como en otros estudios, tanto en nuestro entorno como en otros a nivel internacional. (88, 71,80, 82, 85,86)

El miedo a cobros y a la falta de atención aparece recurrentemente en ambos periodos (18,18,156,157). No obstante, en el segundo periodo la falta de atención emerge con fuerza y es uno de los resultados más llamativos en torno al RDLI 6/2012. Ello conlleva una menor búsqueda de atención por parte de las personas migrantes y coincide con los resultados obtenidos en estudios realizados con personas migrantes en situación administrativa tanto en situación regular como irregular, que repiten este patrón (87,96,156,204,214). Otro resultado importante es la percepción de las personas migrantes de que, a los trámites necesarios para acceder a los servicios, se une la interpretación variable del RDLI 6/2012 por parte de personal administrativo, sanitario y las propias personas migrantes. Este resultado comienza a emerger con otros estudios en el entorno autonómico, estatal y europeo (87, 88, 214-217), aunque la diferente aplicación de la normativa ya aparecía en Ramos, M. et al en el año 2001 (207) y los posibles problemas derivados de la descentralización de las políticas sanitarias en los diferentes territorios dentro del país en Terraza-Núñez et al. y Vazquez ML. et. al.(161,180).

La fuente o provisión de la información acerca de la entrada al sistema son la familia y red social, basada fundamentalmente en el “boca a boca”, en todos los momentos del estudio. Este resultado es coincidente con otros estudios realizados tanto en el nuestro como en otros contextos (96,72,204,207). Solo en el segundo periodo emergió con fuerza la televisión, resultado que no aparece como significativo en el tercer periodo. La televisión no aparece como fuente de información en otros estudios.

Las instituciones o fuentes oficiales no aparecen como fuentes de información, salvo en el tercer periodo donde comienza a aparecer el uso de las webs oficiales como recurso informativo. Internet, o páginas web oficiales aparecen como fuentes de información en otros estudios (210,211), o bien referidos por profesionales sanitarios o bien por iniciativa propia de las personas migrantes. No obstante, en ambos estudios refieren esta fuente

como poco útil por ser un recurso que no está en el idioma necesitado o bien porque no es un medio donde las personas que han consultado sean muy hábiles (en el momento de la búsqueda de información).

Es importante resaltar que el conocimiento o información sobre el sistema genera confianza y tranquilidad respecto al acceso sanitario o acceso a una atención a la salud, mientras que la falta de información o conocimiento genera miedo y desconfianza. Este resultado coincide con un estudio cualitativo reciente de Czapka et al. que analiza los facilitadores y barreras de acceso de personas procedentes de Polonia en Noruega (210).

El asociacionismo aparece como un importante facilitador de acceso al sistema, precisamente por el papel que juegan las asociaciones de ayuda mutua, en este caso, como fuentes de información. Esto aparece en otros estudios, así como en un informe realizado por el Observatorio Permanente de la inmigración Español (19,218). En nuestro caso, el colectivo mejor informado en un primer momento es el boliviano, ciertamente gracias al asociacionismo presente en ese colectivo en el lugar donde residían en ese momento. Además de ello, la propia asociación vehiculaba otras relaciones con personas clave a la hora de obtener información como eran la trabajadora social del centro de salud así como con la cónsul de Sevilla.

Solo en el tercer momento de validación de resultados aparece una mayor presencia del asociacionismo en el colectivo marroquí, y una significativa pérdida en el colectivo boliviano, a causa del retorno o cambio de residencia de personas bolivianas en el lugar concreto de residencia, y por ende, desaparición de la asociación. No obstante, este colectivo, en el que la mayoría de personas entrevistadas fueron las mismas en los tres periodos, aparece como muy bien informado.

En cuanto al colectivo rumano, no aparece ninguna mención al asociacionismo. La fuente de información en este colectivo sigue llegando de forma personal o por amistades. Hemos encontrado alguna diferencia en la literatura acerca de las personas migrantes que proceden del este de Europa en General, pero nada relativo al asociacionismo.

Es interesante destacar, que en un estudio sobre Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España, de Terraza Núñez et. Al (180) se señala que aunque todos los planes autonómicos aluden a la provisión de información mediante materiales traducidos sobre diversos aspectos de la atención sanitaria de su ámbito de actuación, solo Andalucía nombra a las asociaciones de migrantes como interlocutores de dicha información(122).

Los trámites para la obtención de la TSI se perciben sencillos en general, salvo alguna excepción. Aparece ligeramente el papel de las ONG como facilitadoras, al igual que en

otros estudios (96), aunque aparecerá con más fuerza cuando se habla de la entrada a los servicios.

2. Entrada a los servicios.

En cuanto a la entrada a los servicios, la TSI sigue apareciendo como un elemento fundamental de acceso a los servicios. Respecto al primer periodo, en el segundo mejora el acceso con la TSI pasiva, no obstante, la falta de TSI puede generar cobros o desvío en el acceso al sistema, como por ejemplo, el desvío de entrada por el servicio de urgencias. En otros ámbitos también se menciona la tarjeta o número de identificación sanitaria como barrera o causa de inseguridad en el acceso (210). Este fenómeno de desviar la búsqueda de atención a urgencias por causa de dificultades administrativas es muy recurrente en los estudios realizados sobre el acceso y uso del sistema y servicios sanitarios por parte de las personas migrantes (15,196). Este hecho también es habitual en personas autóctonas, con la finalidad de evitar la espera en consulta o las listas de espera (219) Es importante resaltar que aparecen dificultades o anécdotas de dificultad de acceso a los servicios en los tres colectivos.

La información sobre la entrada a los servicios proviene de fuentes familiares y de red social, al igual que la información de entrada al sistema. Sin embargo, aquí sí que aparecen las redes sociales como fuente emergente de información.

Importante papel de las asociaciones y ONG como fuentes de información en el primer periodo, coincidiendo con Terraza- Núñez et al. (96) , que va desapareciendo en los dos periodos posteriores. Aunque, tal y como se ha comentado anteriormente, en el colectivo marroquí va apareciendo más tejido asociativo, no aparece como fuente de información.

El volumen y la distribución de los Servicios también son dimensiones relacionadas con la entrada a los servicios. Es significativo que, aunque los recortes comienzan en el primer periodo de entrevistas, no es hasta el segundo periodo donde aparecen la disminución de infraestructuras y equipos, sobre todo según las personas bolivianas y rumanas y el discurso acerca de la disminución de la plantilla en Atención Hospitalaria, la falta de sustituciones en Atención Primaria y reducción de descuentos aplicados a los medicamentos (esto último según personas marroquíes y rumanas). Este periodo coincide con el asentamiento de las políticas de austeridad económica que se reflejan en el marco de la tesis, así como en otros estudios publicados en esos años (18, 200, 220).

En el tercer periodo, apenas aparece ningún discurso acerca de la falta de infraestructuras

y equipos. Sería interesante reflexionar acerca de si la continua exposición por parte de la sociedad de la cultura de la austeridad ha generado un conformismo con las carencias y/o deterioro del sistema, que se han ido asimilando como parte del mismo: se empieza a vivir con normalidad esperar en la consulta, entendida ya como parte inherente del sistema, a pruebas diagnósticas y resultados, la escasez de profesionales etc.

En el último periodo resalta el discurso acerca de la mejora en el número de centros de salud, especialmente en las personas bolivianas, tras experimentar la apertura de un centro de salud nuevo durante estos años.

En cuanto a la accesibilidad a los servicios, encontramos resultados que nos hablan de la accesibilidad física, y resultados que hablan de la accesibilidad organizativa.

391

En cuanto a la accesibilidad física a los servicios, el discurso coincide con la literatura científica (96) y con la ordenación de centros sanitarios en que los centros de salud son más cercanos que los hospitales, como ejemplo citamos el informe de ordenación sanitaria del año 2012 (221).

En los dos primeros periodos hay un discurso recurrente acerca de la relación entre la distancia y el gasto como barreras de acceso a los servicios, así como la falta de transporte público. Tanto este resultado como el anterior, relativos a las infraestructuras de los centros y equipos, aparecen en mayor medida en los estudios cualitativos, aunque es también un tema recurrente entre los autores y autoras que han analizado el efecto de la crisis económica en el acceso a la salud (18, 195, 196).

En cuanto a la accesibilidad organizativa, se habla de aspectos relacionados con las citas o las normativas derivadas de la legislación. La dificultad en la tramitación de las citas aparece como una barrera de entrada a los servicios de Atención Primaria, lo que suele derivar, según los discursos recogidos en los tres periodos, en la búsqueda de atención en el servicio de urgencias. Esto es recurrente en los estudios e informes que analizan el patrón de uso de los servicios y sus causas (199, 222-225).

En el segundo periodo, emerge el discurso de que la entrada por urgencias es recomendada por profesionales que trabajan en otros servicios. Esto se relaciona con la dificultad en interpretación que se hace del RDL por parte de profesionales y pacientes, lo que genera variabilidad en la atención por parte de profesionales y variabilidad en el patrón de uso de los servicios sanitarios.

Los tiempos de espera también parecen ser una causa de la reorientación a urgencias.

Como se observa, la utilización de los servicios de urgencias como puerta de entrada a los servicios por parte de personas migrantes es un fenómeno muy estudiado y

reportado por la literatura científica acerca del acceso (18,59, 72, 161,226-228), desde diversos puntos de vista. Más adelante se señalarán aspectos relacionados con la condición de las personas migrantes que causan también la entrada a los servicios por urgencias.

En el tercer periodo, desaparecen prácticamente las alusiones a la dificultad de entrada debido al RDL 16/2012, lo que parece indicar que hay mayor información acerca del acceso por parte de toda la población.

Los horarios de atención siguen siendo una importante barrera de acceso a los servicios, por incompatibilidad de conciliación de la vida laboral y personal.

En el segundo periodo aparece el resultado de reducción de horas de atención, que sin embargo, no aparece en la validación de resultados, lo que parece indicar que puede deberse a un ajuste puntual de horarios. No hemos encontrado referencia en la literatura, sin embargo, en Andalucía, sí que hay constancia de reducción del número de tardes que se presta atención sanitaria en los centros de salud, así como falta de sustitución de profesionales(157), lo que puede ser percibido como importante por las personas entrevistadas en nuestro estudio.

Los tiempos de espera son apreciados, en un inicio, como uno de los mayores handicaps del sistema, y se valida este resultado en el tercer periodo, acorde con la literatura referente al tema (88, 96, 2,199,207, 219, 229-232). Sin embargo, pierde importancia o no es un problema prioritario que se verbalice en el segundo momento periodo, ni en el tercero.

En el segundo periodo se percibe un empeoramiento de la espera en el servicio de urgencias, y en el último periodo se acusa notablemente el empeoramiento de la espera a pruebas diagnósticas y las derivaciones a atención especializada, así como aparece en García-Subirats et al. y otros estudios (156, 167, 196, 200, 233) . Coincidiendo con la autora, por último, se habla también del impacto en la salud de los tiempos de espera como un resultado importante a considerar.

En cuanto a tema de pagos por consultas, medicinas o tratamientos, durante los dos primeros periodos se acusa el miedo por pago por medicamentos o por facturación por la consulta.

En el segundo y tercer periodo se agrava la accesibilidad a medicamentos por las condiciones económicas de las personas entrevistadas y/o por la salida o modificación de financiación de algunos medicamentos.

Los pagos por el transporte, y las gestiones administrativas aparecían en un primer periodo, mientras que en la segunda no aparecía como resultado visible, tal vez porque junto con otras preocupaciones esta no era la más relevante.

Por último, en este tema, es importante considerar que en el tercer periodo persisten las creencias y afirmaciones de la limitación del servicio que ofrece la sanidad pública. Hay relatos que afirman que a partir de un momento en concreto en el tratamiento, se comienza a pagar por el mismo. Estas consideraciones en relación a los costos por la asistencia o relacionados con la atención sanitaria no aparecen muy frecuentemente en la literatura de nuestro entorno, aunque sí se mencionan los copagos y reducción de financiamiento de medicamentos (19, 157,234). A su vez, Urbanos-Garridos analiza el aumento que la extensión de estos copagos y su relación con la equidad en el acceso (167). Las dificultades económicas para acceder a los servicios suelen relacionarse con la situación de las propias personas migrantes usuarias del sistema público, y se comentarán en el siguiente punto. No obstante, sí encontramos alusiones a barreras relacionadas con el gasto sanitario en estudios realizados en otros entornos(211).

Por último, y en relación a este tema, es interesante señalar que el miedo a tener que pagar puede ser una consecuencia de la experiencia previa que las personas migrantes hayan tenido en sus países de origen. Por ejemplo, varias de las personas rumanas realizaron verbalizaciones en las que afirmaban creer que en el sistema público español podría ser habitual el uso de pagos o sobornos a médicos y médicas, por el hecho de haberlo experimentado en sus países de origen. Esto mismo aparece también en Czapka et. al en su estudio de acceso de las personas polacas al sistema noruego de salud (210).

3. Factores relacionados con la condición o situación de las personas entrevistadas

Entre las condiciones o situaciones en las que se encuentran las personas entrevistadas y que pueden tener una incidencia en el acceso a la atención sanitaria destacan los temas laborales, los recursos económicos, la situación administrativa y el conocimiento del idioma.

Es ampliamente documentado en la literatura que la crisis económica ha generado un profundo impacto para el sistema público de salud en general(41,161,172) y ha tenido consecuencias específicas en la atención a poblaciones migrantes(18,156,205).

En cuanto a la situación laboral, en todos los periodos y todos los grupos entrevistados hay muchas verbalizaciones acerca de la relación del trabajo y la asistencia sanitaria. Se comentan problemas de falta de tiempo, la incompatibilidad de horarios o los permisos laborales necesarios. De la misma manera, el desempleo se percibe como la principal barrera para la atención sanitaria. Este resultado es ampliamente compartido por estudios tanto cuantitativos como cualitativos que han tratado el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes (19,60, 96, 199, 207,208, 213, 219,229, 235).

Tanto en el primer periodo como en el tercero, se afirma que los recursos económicos

afectan, pero no determinan el acceso a la atención sanitaria. Sin embargo este resultado no emerge en el segundo periodo, en el que está más latente el declive económico y las mayores dificultades de acceso. En general, desde que se comenzó a realizar entrevistas hasta la actualidad, las personas entrevistadas afirman que el contexto social, económico, político y laboral ha empeorado. Este discurso emerge a partir del segundo periodo y se relaciona con la contextualización socioeconómica realizada en el capítulo 1.

Así como se ha comentado anteriormente, los recortes económicos comenzaron antes del inicio de este estudio, sin embargo, los últimos años han dado lugar a otros ajustes como reducción de personal y servicios en los centros sanitarios, disminución de financiación de medicamentos y copago de servicios en alguna CCAA(19,157. Los recortes económicos y medidas de ajuste realizadas durante la crisis económica (18,156,157,172, 199) son percibidos por las personas entrevistadas como una dificultad en el acceso respecto al primer periodo, tal y como aparece en los estudios de nuestro entorno como en informes, estudios y editoriales de revistas de referencia realizados en el contexto internacional (16, 41, 177, 179, 196, 204,205, 236-239).

. En cuanto a la situación administrativa, es un elemento clave de acceso, tanto como barrera como facilitador. Este resultado es visible en los tres periodos, y coincide tanto con la literatura revisada respecto al tema como con los informes de ONGs (16, 19, 41, 177). En este sentido, muy recientemente, se están publicando numerosos informes, editoriales y artículos científicos relacionados con la cobertura sanitaria de los sistemas públicos de salud y su repercusión en la salud tanto individual como poblacional. Estas publicaciones son recomendaciones tanto de organismos gubernamentales como no gubernamentales, así como estudios de nuestro entorno y del entorno internacional (16, 29, 174, 175, 177, 197, 240-242).

A partir del segundo periodo y según las personas van aumentando su estancia en España, el idioma aparece como un importante facilitador, tanto para el acceso como para el trato que reciben en los servicios sanitarios (15,67, 96, 162, 204,206, 207, 210, 213, 243,244).

En cuanto a los miedos y percepciones que dificultan el acceso, a partir del segundo periodo se nombra que la publicación del RDL 16/2012 y la aplicación de algunas reformas a nivel estatal, hacen que se centre en la situación administrativa de las personas el acceso efectivo o no a la atención sanitaria.

El miedo es un sentimiento recurrente en nuestro estudio. Se vincula estrechamente a la situación administrativa irregular de las personas migrantes, así como a no recibir atención médica. El miedo aparece como un modificador del patrón de uso y acceso sanitario en muchos de los estudios revisados, así como en informes de ONGs que analizan el acceso

de las personas migrantes a la salud tanto en el ámbito nacional como internacional, y tratándose de personas que están tanto en situación regular como irregular (18, 19, 96, 88, 156, 157, 207-209). Por último, dentro del miedo a las dificultades en el trámite, el no ser atendido o haber experimentado alguna experiencia negativa anterior ha generado abandono de acudir a los servicios.

El patrón de uso que describen las personas entrevistadas es común en los tres periodos, en general, se asiste poco a los servicios sanitarios, acudiendo solo cuando la dolencia alcanza cierto nivel de gravedad o es severa. En este momento hay una tendencia clara a acudir a los servicios de urgencias y coincide con el patrón general que se señala en la literatura científica que explora las pautas de uso de las personas migrantes, que afirman una mayor utilización del servicio de urgencias como puerta de entrada por estos últimos (18, 19, 222, 226, 228, 213, 245, 246).

Sin embargo, en algunos estudios donde se estudia comparativamente los patrones de personas autóctonas frente a personas migrantes, en relación al uso de la atención primaria, no se señalaron diferencias (19, 199). Esto puede contradecir la afirmación de que no se usa la primaria y se acude primero a urgencias.

Mientras que en nuestro estudio no se contemplan diferencias en las pautas de uso de los diferentes colectivos, otros autores sí encuentran diferencias, como Hernández-Quevedo et al. que señalaban menor uso en conjunto de los servicios sanitarios de personas procedentes del este (247). La literatura, sin embargo, sí que señala que no se encuentran diferencias en el patrón de uso entre autóctonos y personas latinoamericanas en el conjunto del uso de servicios (19, 219, 232, 247), salvo cuando se analizan la Encuesta Nacional de Salud así como las Encuestas Autonómicas de Salud que se obtienen algunos resultados diferenciales, como por ejemplo un mayor uso de las urgencias por parte de la población procedente de África respecto la autóctona a nivel nacional (247) o mayor utilización de las urgencias que los autóctonos a nivel nacional de personas procedentes de Latinoamérica presentaron (232,247).

En nuestro estudio, el acceso por urgencias ocurre también a consecuencia de larga espera para obtención de cita en AP o cuando hay duda acerca del derecho a la asistencia sanitaria. A partir del segundo periodo aparece este recurso con mayor frecuencia.

Tanto en los discursos de las personas entrevistadas como en los relatos acerca de terceras personas en situación no regular, aparecen una menor búsqueda de atención sanitaria, coincidiendo con el estudio de Torres et al. en el que analizaban una encuesta realizada en un distrito de Madrid (87) y en otros estudios de entornos intencionales cercanos más recientes (217,248)

De hecho, la aplicación del RDL 16/2012, por el desconocimiento del mismo y la variabilidad en su interpretación, ha sido definida como una barrera de acceso para las personas entrevistadas, como ya apuntan Bas P et al.(88) en un estudio reciente realizado en nuestro entorno.

Las redes familiares y sociales son claros elementos facilitadores, para el acceso y la obtención de atención sanitaria, así como para hacer frente a barreras como la del idioma, así como se apunta en estudios tanto nacionales como internacionales (71, 184, 210, 246, 249,250). El tejido o vinculación asociativa ya aparecía como facilitadora de entrada al sistema (19,218).A partir del segundo periodo, la recesión económica y las dificultades en el entorno laboral han provocado el retorno de muchas personas a migrantes a sus países de origen, lo que ha provocado la pérdida de red social para aquellas que se han quedado.

Otras barreras importantes para las personas entrevistadas son las relacionadas con el contexto laboral. La incompatibilidad de horarios laborales de algunas personas entrevistadas y el horario de atención en centros sanitarios, la falta de consultas en horario de tarde y el aumento de tiempo de espera en consultas de AP, se repite en nuestro estudio, coincidiendo con otros estudios(19,67).

La precariedad laboral y las características del empleo de la población migrante también dificultan el acceso por sus dificultades para conseguir permiso para acudir a la consulta, fenómeno que se repite en diferentes momentos y diferentes contextos.(96,199,207).

Las percepciones culturales son diferentes en los tres colectivos, mientras que las personas marroquíes y rumanas creen y utilizan más en la medicina occidental, las personas bolivianas combinan ésta más con la medicina tradicional. Esta creencia persiste en los tres periodos. El auto-tratamiento farmacológico para problemas leves es común a los tres colectivos en los tres periodos. A estas costumbres se añaden la referencia de la red social o personas del mismo origen como primeros referentes antes problemas de salud, coincidiendo con estudios realizados en nuestro entorno como en otros entornos (96,210).

La percepción y experiencias de discriminación en el entorno del sistema de salud aparecen en los tres colectivos, al igual que la sensación de trato desigual hacia personas autóctonas y personas migrantes, y a personas en situación administrativa regular e irregular. La discriminación y el trato diferenciado en una barrera a los servicios de salud muy estudiada en los estudios relativos al acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria (15,68,184, 206,251,252), como en informes de recomendaciones para la mejora del acceso (16, 29, 177, 224).

El discurso de sentimiento de discriminación y trato diferenciado es recurrente también

en nuestro estudio. Autores como Agudelo-Suárez et al. (251) relacionan la discriminación estructural y su consecuente efecto como barrera de acceso, coincidiendo con el discurso de las personas entrevistadas para este estudio.

Sin embargo, también aparecen discursos de no discriminación en los tres colectivos. En el primer periodo encontramos verbalizaciones que afirman que el sistema sanitario es el organismo más se consideraba igualitario del sistema público. Este resultado aparece también en otros estudios internacionales, Ingleby, en diversas publicaciones, aboga por considerar el sistema sanitario como uno de los ejes fundamentales para la integración de las personas migrantes en el país de destino (30,168,253).

Al igual que en los últimos informes divulgados por diferentes publicaciones científicas así como organismos nacionales e internacionales (60,87,156,159,161,209,212-214) en los discursos de las personas entrevistadas también emerge la importancia de la exclusión de las personas migrantes de la atención sanitaria por sus consecuencias en la no prevención y detección temprana de algunas enfermedades.

Para concluir con la discusión, podemos decir que la ésta muestra un alto grado de coincidencia con las dificultades, barreras y facilitadores de acceso de las personas migrantes, tanto en el análisis de políticas como en el de los discursos de las personas migrantes participantes en la investigación. Nuestra investigación muestra que las personas migrantes en situación regular han visto dificultado su acceso a los servicios sanitarios, a causa de la interseccionalidad que se da entre dificultades administrativas, pérdida de apoyos sociales y precariedad económica, afianzándose así las barreras que ya evidenciaba la literatura científica. Además de ello, el efecto de las medidas políticas de austeridad, y en concreto el RDL16/2012 ha sido legitimar barreras o amenazas de exclusión que ya existían anteriormente, fundamentalmente por su contenido normativo y por la falta de claridad en su aplicación. El análisis de las políticas y su discusión nos indica que el diseño de políticas, tanto económicas como de regulación de la atención sanitaria, deberían tener en cuenta estas las barreras y facilitadores de acceso como ejes fundamentales de la protección de la salud de las personas migrantes.

Capítulo

5



FINAL DEL CAMINO:

CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

El estudio “Acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria en Andalucía” se enmarca en un espacio temporal caracterizado por un **contexto socioeconómico y político recesivo, y una tendencia a la pérdida de derechos sociales**. En este contexto se concluye:

1. A nivel de políticas sanitarias, **el marco legal en el contexto de la Unión Europea** muestra un discurso elaborado, basado en el conocimiento y experiencia de quienes formulan las de políticas públicas sanitarias. Multitud de leyes, decretos, tratados y cartas que instan al cumplimiento del derecho a la protección de la salud y al acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes, han configurado un marco político de una Europa “acogedora” y “amiga” de las personas migrantes. No obstante, la **no obligatoriedad de los países miembros a cumplir con estas directrices y la aparente falta de consideración de los resultados de los estudios tanto cuantitativos como cualitativos que inciden en las mismas barreras de acceso a la salud** (factores relativos a los servicios de salud, sus características estructurales y organizativas, los requisitos de acceso (posesión de tarjeta sanitaria), insuficiente información u horarios de atención incompatibles con los laborales, problemas de comunicación por el idioma, etc.) **indican que esto no es suficiente, y que las barreras de acceso, recogidas por la literatura científica sobre el tema, no se han modificado con el tiempo. Por tanto, podemos pensar que algo está fallando** entre la formulación y la implementación de las políticas, así como que pudieran existir otros intereses o influencias que frenaran las políticas formuladas.
2. En el nivel de las respuestas específicas que cada país o estado da a esta legislación podemos decir que, **España y Andalucía, a un nivel de discurso, objetivos y propuestas políticas, muestran una tendencia a considerar e integrar a las personas migrantes mediante políticas propias de un territorio multicultural, abierto a la diversidad y capaz de adaptar sus servicios y prestaciones sociosanitarias** a las personas que eligen Andalucía como lugar de destino. A un nivel de discurso, Andalucía, por ejemplo, es un ejemplo de gobierno de políticas integradoras, intersectoriales y progresistas en el tema de la migración. Por tanto, **todo lo que se puede revisar a nivel de “políticas explícitas” muestra un panorama de una región moderna, con apertura a la adaptación a poblaciones diversas y abierto a la multiculturalidad**. Buenos ejemplos de ello son el Convenio marco firmado en 1999 entre varias organizaciones y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, para facilitar el acceso a los servicios de salud pública o la no aplicación del RDL 16/2012.

3. Durante los últimos años, **mediante la respuesta política a la crisis económica, las políticas de austeridad han encubierto políticas que no solo han añadido barreras de acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes, sino que han consolidado algunas de las que tradicionalmente y de forma crónica, ya existían.** A nivel estatal, los ejemplos más significativos son los recortes económicos con importantes reducciones en la financiación de los diferentes servicios sanitarios de las CCAA así como con importantes ajustes en relación a los servicios y profesionales sanitarios y la **aprobación del RDL 16/2012**, que excluía a una parte de la población de la atención sanitaria por el Sistema Público de Salud, entre quienes figuraban las personas migrantes en situación administrativa irregular, e incluía copagos en prestaciones sanitarias.
4. En Andalucía, si bien es cierto que la directriz transmitida por la Junta de Andalucía ha sido de no exclusión de las personas migrantes en situación irregular indicado en el RDL 16/2012, el acceso de las personas migrantes en el periodo posterior a su aplicación no ha estado exento de dificultades. Por un lado, la gran divulgación que tuvo mediante los medios de comunicación y su contenido normativo generó miedo e incertidumbre sobre su acceso entre las personas migrantes, que provocó que muchos y muchas personas dejaran de acudir a los centros y por otro lado, la falta de claridad sobre su aplicación. **Por tanto, podemos concluir que el RDL 16/2012 sí tuvo su efecto en el empeoramiento del acceso sanitario de las personas migrantes a la atención sanitaria, legitimando barreras o amenazas de exclusión que ya existían anteriormente.**
5. En la revisión realizada de las respuestas sanitarias en nuestro contexto y la literatura que analiza el tema, una de las principales conclusiones es la evidente falta de presupuesto, implementación y evaluación de las políticas sanitarias. Ello configura una realidad en la que **son escasas las herramientas con las que pueden contar quienes formulan políticas para avanzar en su desarrollo.** La revisión muestra que se hacen necesario el diseño de nuevas políticas y medidas, así como una apuesta y ajuste reales en su implementación y evaluación.
6. La recesión económica y las políticas de austeridad en España y en Andalucía han tenido un importantísimo impacto en los Determinantes Sociales de salud, tales como la pérdida de empleo y el empeoramiento de las condiciones de trabajo, el deterioro de los servicios sanitarios, la pérdida de nivel adquisitivo, la decadencia de las infraestructuras personales y públicas, etc. Todo ello ha generado un **aumento considerable de la desigualdad social y la pobreza**, sobre todo, en las poblaciones que ya *per se* eran más pobres y estaban en situaciones de mayor vulnerabilidad,

como son la mayoría de personas a las que hemos entrevistado para este estudio. Consecuentemente, hemos visto **cómo ha ido aumentando la brecha en la equidad en el derecho a la salud.**

7. En general, y tal y como se describe a lo largo de este estudio, la situación socioeconómica de muchas de las personas que hemos entrevistado ha empeorado durante estos años, tal y como ha ocurrido con la población andaluza con semejantes características (formación, lugar de residencia, condiciones de trabajo, etc.). No obstante, y desde el marco de los Determinantes Sociales de la Salud y el enfoque de Interseccionalidad, hemos visto que, **los diferentes factores sociales que se relacionan con la salud de las personas migrantes se han visto, si cabe, más deterioradas.** La crisis económica y las políticas sociales en el marco de la austeridad **han aumentado el desempleo, mermado y empeorado las condiciones trabajo, han disminuido los apoyos y ayudas económicas a las familias, sus redes familiares y sociales,** todas ellas principales facilitadores del acceso sanitario. Otro tanto ha ocurrido con los ajustes económicos, que han añadido **dificultades a la facilitación de recursos** como clases de español, contratación de mediadores, falta de personal, acceso a medicamentos (mayor cobro), etc., agravado en Andalucía con un recorte económico y de personal sanitario importante añadido.
8. Encontramos que el perfil de personas de Rumanía con estudios universitarios ha mejorado su situación general, con algunas características notables respecto al resto de colectivos, como el aumento de la red social compuesta por personas autóctonas, mejora de las condiciones de empleo y trabajo, mejora de las condiciones económicas, etc. Entre las personas de los dos colectivos encontramos alguna mención anecdótica de mejora. En todos estos casos, mejora el acceso sanitario de estas personas. No obstante, **la conclusión más relevante en este sentido es que atribuimos esta diferencia a la mejora personal de su condición socioeconómica, y en ningún caso a que ni las políticas ni el sistema lo hayan facilitado.**
9. Las generalidades de los discursos muestran que, **el acceso sanitario de las personas migrantes ha empeorado, y sus barreras principales como la falta de información, las dificultades administrativas, la situación socioeconómica o el aprendizaje del idioma se han mantenido y en algunos casos aumentado.** Esta conclusión presenta una situación diferente respecto a la tradicional, que muestra que según la evidencia de la literatura científica sobre el tema, el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria mejora con el aumento de permanencia en un nuevo país.
10. Aparece un discursos sobre la mejora de la percepción de las personas entrevistadas sobre el sistema sanitario y los servicios, implícito en sus respuestas

acerca del acceso, que nos muestran que, tal vez, **la continua exposición por parte de la sociedad de la cultura de la austeridad ha podido generar un conformismo con las carencias y/o deterioro del sistema**, que se han ido asimilando como parte del mismo: se empieza a vivir con normalidad esperar en la consulta, entendida ya como parte inherente del sistema, tiempos de espera para pruebas diagnósticas y resultados, la escasez de profesionales...

- 404 |
11. Otra característica de la repercusión de las crisis económicas y sistémicas como la relatada en este estudio es la **fragmentación social**. Las desigualdades sociales, los movimientos migratorios generados y el retorno de algunas personas migrantes a su país de origen ha provocado la **desintegración de redes sociales de apoyo, no solo familiares, sino también aquellas generadas por asociaciones de ayuda mutua**. En el caso de las personas bolivianas entrevistadas para nuestro estudio, la asociación de ayuda mutua funcionaba como un elemento facilitador de acceso importantísimo en el primer periodo de estudio, no obstante desaparece en los dos periodos posteriores. Cabe mencionar también la pérdida del factor protector de salud de las redes familiares, sociales y de las organizaciones de ayuda mutua.
 12. Las **políticas sociales en materia de sanidad, vivienda, educación, empleo y servicios sociales son los ejes fundamentales de la sociedad del bienestar y por ende, de las condiciones de vida, de la protección de la salud y del acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes**. A lo largo de este estudio hemos visto que los derechos adquiridos en estas materias han sido vulnerados de forma importante por las políticas de austeridad, repercutiendo de forma importante en el acceso.
 13. En relación al **efecto del RDL 16/2012 en la cobertura sanitaria de nuestra población de estudio**, se puede **concluir que**, si bien es cierto el estudio ha explorado el acceso de las personas migrantes en situación regular y a priori no tenía repercusión en lo que se refiere a cobertura sanitaria, durante los primeros años siguientes a su aplicación ha tenido consecuencias directas en la disminución de la atención sanitaria dirigida a personas migrantes, **tanto por la confusión respecto al derecho a la atención por parte de las mismas como por la variabilidad en la aplicación de la norma**, tal y como ha sido evidenciado por diferentes organizaciones y publicaciones científicas.
 14. Las propuestas de mejora expresadas por las personas entrevistadas muestran un conocimiento significativo de las personas migrantes acerca de posibles dificultades inherentes al sistema y a los/as profesionales, relacionadas con la **sensibilidad intercultural, la discriminación estructural o sistémica, la superación de prejuicios**

y estereotipos y la importancia de la formación de profesionales. Con todo ello **se demanda un trato basado en el respeto, la dignidad personal y la igualdad** en la consideración veraz las demandas sanitarias que provienen de personas migrantes que acuden a la consulta.

15. El modelo elegido para estudiar acceso a la atención sanitaria, adaptado a partir del marco teórico explicativo de Aday y Andersen, ha sido adecuado, útil y explicativo de la situación del acceso sanitario de las personas migrantes en nuestro entorno. **No obstante, y a partir de los resultados, la falta de ajuste entre las políticas y las realidades que se observa en el estudio, hace necesario valorar la inclusión de una nueva dimensión de análisis, que confrontara las políticas sanitarias con el discurso de las personas migrantes,** analizando así los elementos que pudieran estar perpetuando las barreras de acceso, así como potenciando los facilitadores existentes.
16. La metodología cualitativa empleada ha permitido conocer y comprender tanto las políticas como las experiencias de las personas migrantes. **Sin embargo, su mayor limitación es la dificultad de llegar a un mayor número personas y colectivos de personas migrantes y tener un conocimiento más amplio del acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria.**
17. **Por último, la discusión de resultados muestra** un alto grado de coincidencia con las dificultades de acceso de las personas migrantes, lo que nos debe llevar a reflexionar sobre **qué es lo que está fallando para que las barreras de acceso** a la atención sanitaria sigan siendo un problema a la vez que objeto de mejoras por parte de los sistemas sanitarios.

2 Recomendaciones

1. **La formulación de políticas sanitarias** relativas al acceso sanitario debe basarse en la **evidencia científica**, el **contexto social y económico** y la **realidad** de la situación de la población a la que se dirige.
2. Las políticas dirigidas al acceso sanitario de las personas migrantes deben considerar **los determinantes sociales de la salud**, contemplando así la coordinación de las acciones dirigidas a los mismos.
3. Es necesario dirigir el esfuerzo hacia la **implementación** de las políticas y su **evaluación**, así como acompañarlas del **presupuesto** necesario para tal fin.
4. **Las barreras y facilitadores** de acceso identificados por la literatura científica deben ser tenidas en cuenta como **ejes fundamentales** en el diseño de políticas, tanto en el ámbito económico como en el de regulación de la atención sanitaria.
5. Es imprescindible dar **voz y participación a las personas migrantes** en el diseño y formulación de políticas y medidas dirigidas a la mejora de su acceso a la atención sanitaria.
6. La **mejora de las condiciones socioeconómicas** es un elemento clave en la mejora del acceso a la atención sanitaria, por lo que la **pobreza y la desigualdad social** deben ser consideradas como **prioridad política**.
7. **Las redes sociales, familiares y el asociacionismo** son facilitadores reconocidos de acceso al sistema sanitario, por lo que ha de cuidarse el mantenimiento y fortalecimiento de los mismos.
8. **La formación, alfabetización sanitaria y acceso a la información**, tanto de personas usuarias como de profesionales, deben ser fomentadas y apoyadas por las administraciones públicas.
9. **La formulación de medidas legislativas** debe ser clara e inequívoca para su correcta implementación.
10. **La salud, la equidad, la dignidad y el bienestar social de las personas** debe primar sobre cualquier otro derecho tanto en la formulación de políticas como en la práctica profesional sanitaria.

Capítulo

6



BIBLIOGRAFÍA

CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

Capítulos 1 y 2

1. 61ª Asamblea mundial. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2008. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf
2. Agencia de la ONU para los refugiados. Disponible en: <http://www.acnur.org/es/datos-basicos.html>
3. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Organización de Naciones Unidas. París; 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
4. Marmot M, Allan J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012;380(15):1011-1029.
5. PubMed. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
6. Aday L.A., Andersen R.M. Theoretical framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1993; 9:208-22.
7. OIM. Glosario sobre Migración. Derecho Int sobre Migr [Internet]. 2006;Nº7(ISSN 1816-1014):38. Disponible en: http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf
8. Glosario 2.0 sobre migración y asilo : un instrumento para una mayor comparabilidad. [online] Dirección General de Migración y Asuntos de Interior; Publications.europa.eu.E. (2018). Disponible en: <https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/f61baaae-c95d-4655-89ce-c6ac0e755ad2/language-es> [Consultado el 20 de Agosto de 2018].
9. Portal de Inmigración de la UE. Glosario del portal Unión Europea [Internet]. Disponible en: http://ec.europa.eu/immigration/glosario_es
10. Plataforma Red ISIR: Materiales de formación [Internet]. Redisir.net. 2018. Disponible en: <http://www.redisir.net/course/index.php>
11. Movimientos migratorios en España y Europa. CEAR Comisión Española de Ayuda al Refugiado. 2016;1-14. Disponible en: <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2017/02/Informe-rutas-migratorias.pdf>
12. Padrón de Habitantes | Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones [Internet]. Juntadeandalucia.es. 2018 [Consultado el 21 de Agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/justiciaeinterior/opam/es/node/90>

13. Alted Vigil, A. España, de país de emigrantes a país de inmigrantes. Conferencia presentada en la Universidad de Mayores Experiencia Recíproca. 2008.
14. Velasco , C, Vinasco, A.M, Trilla, A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. Atención Primaria. 2016;48(3): 149-158.
15. Rodriguez-Alvarez E, Gonzalez-Rabago Y, Borrell LN, Lanborena N. Perceived discrimination and self-rated health in the immigrant population of the Basque Country, Spain. Gac Sanit. 2017;31(5):390–5.
16. Chauvin, P, Simonnot, N. and Vanbiervliet, F. Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. [Internet]. 2013. pp.1-48. Disponible en: <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/mdm-full-report-crisis-and-rising-xenophobia.pdf> [Consultado el 21 de Agosto 2018].
17. Rubiales-gutiérrez E, Agudelo-suárez AA, López-jacob MJ, Ronda-pérez E. Diferencias en los accidentes laborales en España según país de procedencia del trabajador. 2010;52(3):199–206.
18. Vázquez ML, Vargas I, Aller M-B. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit [Internet]. SESPAS; 2013;28:142–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.012>
19. Llop-Gironés A, Lorenzo IV, Garcia-subirats I, et al. Immigrants' Access to Health Care in Spain: a Review. Rev Esp Salud Pública. 2014; 88:715-34.
20. Dirección General de Políticas Migratorias. Consejería de Justicia e Interior. Análisis completo del III Plan Integral Para la Inmigración en Andalucía Horizonte 2016. Evaluación Externa. [Internet]. Junta de Andalucía; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2N4SFfZ>
21. García Galan R, González Roja E, B. C. M. et al. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2007. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10668/1457>
22. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union. [Internet]. 2011. 112 p. Disponible en: <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/fundamental-rights-migrants-irregular-situation-european-union>
23. Los términos clave de migración [Internet]. Organización Internacional para las Migraciones. 2018 [Consultado el 21 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/los-terminos-clave-de-migracion>

24. Irregular Migration & Return - Migration and Home Affairs - European Commission [Internet]. Migration and Home Affairs - European Commission. 2018 [Consultado el 21 de agosto de 2018]. Disponible en: https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/irregular-migration-return-policy_en
25. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States. Comparative report. [Internet]. 2011. 68 p. Disponible en: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf
26. Cebolla Boado H, González Ferrer A. Inmigración, ¿integración sin modelo?. 1ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 2013.
27. The Global Commission on International Migration. Global Commission on International. Int Migr [Internet]. 2005;(Cmmi). Disponible en: <http://www.queensu.ca/samp/migrationresources/reports/gcim-complete-report-2005.pdf>
28. Collantes S, Soler A, Klorek N, Maslinski K. Health for undocumented migrants and asylum seekers network. Access to healthcare and living conditions of asylum seekers and undocumented migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania [Internet]. Présence Graphique (France), Kemanes Digital Printing (Cyprus), Outlook Coop (Malta); 2011. Disponible en: https://interwencjaprawna.pl/docs/wpdt2011_1_en.pdf
29. Suess A, Perez I, Azarola AR. The right of access to health care for undocumented migrants : a revision of comparative analysis in the European context. Eur J Public Health. 2015;24:712–20.
30. Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Review of the migrant and ethnic minority situation. WPI. Syntesis Report [Internet]. Granada: European Union; 2015. Disponible en: https://www.mem-tp.org/pluginfile.php/1104/mod_resource/content/3/WPI%20Report.pdf
31. Impactos de la crisis sobre la población inmigrante. Colectivo Ioé y Organización internacional de Migraciones. 2012. Disponible en: https://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_libros/show/id/101
32. Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible. Boletín Oficial del Estado nº 55, (05-03-2011)
33. Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Boletín Oficial del Estado nº 126, (24-05-2010).

34. 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. Boletín Oficial del Estado nº 98, (24-04-2012).
35. Informe de Situación de la Economía Española. Ministerio de Hacienda. gobierno de España. [Internet]. Madrid; 2015. Disponible en: [http://Situación Economía 2015.pdf](http://Situación%20Economía%202015.pdf)
36. ¿Por qué le llaman austeridad si quieren decir recortes? Análisis del presupuesto sanitario 2014. Federación Estatal de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO. [Internet]. Madrid; 2014. Disponible en: <https://www.nuevatribuna.es/media/nuevatribuna/files/2014/09/10/140910-fss-ccoo-analisis--presupuestos-sanitarios-ccaa-2014-mmcc.pdf>
37. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España [Internet]. Disponible en: <http://impactocrisisensaludyservicios.org/es/index.cfm>
38. Bernáldez JP. Seis dudas y siete gráficas sobre gasto sanitario en España. El Diagonal [Internet]. 2016; Disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/blogs/javierpadillab/6-dudas-y-7-graficas-sobre-gasto-sanitario-espana.html>
39. Ley 3/2012, de 21 de septiembre, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico-financiero de la Junta de Andalucía. BOletón Oficial del Estado núm.192. (1-10-2012).
40. Chamorro Sánchez, E. Coord. Archivo 15M Granada. 1ª Edición.Granada; 15M Granada ; 2016.
41. Suess A, Ruiz I, Ruiz A, March C. El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-ley 16 / 2012 : la perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales. 2014;28(6):461–9.
42. Muntaner C, Juandó C. Participación ciudadana : entre la retórica social liberal y la democracia sanitaria integral. [Internet] 2014 [consultado el 23 de agosto de 2018]; 1–8. Disponible en: <https://vientosur.info/spip.php?article9280>
43. Colectivo Preparación. Preparación [Internet]. Disponible en: <http://www.preparacion.org/>
44. Red Acoge. Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerableS. Red Acoge [Internet]. 2015;1–28. Disponible en: [http://www.redacoge.org/mm/file/2015/Jurídico/Informe Sanidad RED_ACOGE.pdf](http://www.redacoge.org/mm/file/2015/Jurídico/Informe%20Sanidad%20RED_ACOGE.pdf)

45. Consejería de Salud y Bienestar Social. Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía a personas extranjeras en [Internet]. 2013. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655759&info=resumen&idioma=SPA>
46. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm 102, 29 abril 1986. Boletín Oficial del Estado nº 102, (29-04-1986)
47. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado núm. 311, (29-12-1978)
48. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 128, (29-05-2003)
49. Instituto de Información Sanitaria. Sistema Nacional de Salud de España 2010. [Monografía en internet] [Internet]. 2010;91. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm.%5Cnhttp://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>
50. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado núm.10(12-01-2000)
51. Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Andalucía. Boletín Oficial del Estado nº 9, (11-01-1982).
52. Junta de Andalucía. Consejería de Salud [Internet]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/salud.html>
53. Ley 2/1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía. Boletín Oficial del Estado núm. 185, (04-08-1998)
54. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012 [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.calidadsaludandalucia.es/docs/resultados_y_calidad_del_sistema_sanitario_publico_de_andalucia_2012.pdf
55. Gabinete Económico de CCOO. Situación económica a diciembre de 2015 y perspectivas para 2016 [Internet]. 2016;1-17. Disponible en: <http://www.industria.ccoo.es/99b5b4a7ac078e6bccb839f82e3b941d000060.pdf>
56. Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública. Informe sobre los Recortes Sanitarios en las Comunidades Autónomas [Internet]. 2012;1-11. Disponible en: <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/111-informe-sobre-los-recortes-sanitarios-en-las-comunidades-autonomas>

57. Pérez-Molina JA, Pulido Ortega F. Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2012;30(8):472–8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213005X12002546>
58. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the “healthy immigrant effect”: Health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med*. 2004;59(8):1613–27.
59. Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007;17(5):503–7.
60. Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso Á. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2010;24(2):136–44.
61. Chen J, Ng E, Wilkins R. The Health of Canada 's Immigrants in 1994-95. 1996;7(4).
62. Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada ' s immigrant population. 2003;57:1981–95.
63. Ted J, Kennedy S. Insights into the ' healthy immigrant effect ': health status and health service use of immigrants to Canada. 2004;59:1613–27.
64. Mcdonald JTED, Biddle N. Health Assimilation Patterns Amongst Australian Immigrants *. 2007;83(260):16–30.
65. Immigrants in Australia: a health profile. Australian Institute of Health and Welfare. 1992. Disponible en: <https://www.aihw.gov.au/reports/social-determinants/immigrants-in-australia-a-health-profile/contents/table-of-contents>
66. Huang, Z. J., Yu, S. M., & Ledsky, R.. Health Status and Health Service Access and Use Among Children in U.S. Immigrant Families. *American Journal of Public Health*. 2006;96(4), 634–640.
67. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 2011 Oct [cited 2017 Mar 14];43(10):544–50. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656711000497>
68. Rodríguez Álvarez E, González-Rábago Y, Bacigalupe A, Martín U, Lanborena Elordui N. Inmigración y salud: Desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en

el País Vasco. Gac Sanit [Internet]. SESPAS 2014;28(4):274–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.010>

69. Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública.2008. Disponible en: https://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf
70. Daponte A, Bolívar J, García MM (editores). Las desigualdades sociales en Salud [Internet]. 2008. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Julio-2011.pdf>
71. Health Canada. "Certain Circumstances: Issues in equity and responsiveness in access to health care in Canada-a collection of papers and reports prepared for Health Canada." Public Works. 2001.
72. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller M-B, Vázquez Navarrete ML. Immigrants' access to health care in Spain: A review . Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2014;88(6):715–34. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84908342883&partnerID=40&md5=f9cebb88ab568a62253e3cb46d9f166a>
73. Aday LA AR. . Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview. Med Care [Internet]. 1981;19 (12):4–27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11643688>
74. Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. BMC Health Serv Res [Internet]. 2008;8. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-42449109173&partnerID=40&md5=37624d6ff44af37f092028a329c3366c>
75. Cabré X, Soler-gonzález J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. 2008;8:1–8.
76. Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. Perception of difficulties in family medicine in the delivery of health to economic immigrants . Aten Primaria [Internet]. 2006;37(3):154–9. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-33645727461&partnerID=40&md5=3bf1a893a1692ed002a7aab998a5fbeb>
77. Díez M, Díaz A, Garriga C, Pons M, Ten A, Marcos H, et al. A low-cost, sustainable, second generation system for surveillance of people living with HIV in Spain: 10-

- year trends in behavioural and clinical indicators, 2002 to 2011. *Eurosurveillance* [Internet]; 2014;19(20). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84901416829&partnerID=40&md5=0aae7d6871e473c577c865a9a8043e74>
78. Porthé V, Vargas I, Sanz-Barbero B, Plaza-Espuña I, Bosch L, Vázquez ML, et al. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: Opinions of health professionals and immigrant users. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2016 Nov;120(11):1293–303. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85000925923&doi=10.1016%2Fj.thpol.2016.09.005&partnerID=40&md5=7d209004cb78883621b0d678abe41e05>
 79. Sánchez-Ojeda María Angustias, Alemany Arrebola Inmaculada, Gallardo Vigil Miguel Ángel. The nursing department's view towards moroccan patients. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2017; 51: e03227.
 80. Perez-rodriguez MM, Baca-garcia E, Quintero-gutierrez FJ, Gonzalez G, Saiz-gonzalez D, Botillo C, et al. Demand for psychiatric emergency services and immigration . Findings in a Spanish hospital during the year 2003. 2006;16(4):383–7.
 81. Salud y población inmigrante extracomunitaria en la CAPV: Estudio sociodemográfico y de salud. *Médicosmundi*. 2003. Disponible en: <https://www.medicusmundi.es/es/actualidad/publicaciones/publicaciones/29>
 82. Vázquez ML, Vargas I, Terraza R. Atenció a la salut dels immigrants : necessitats sentides pel personal responsable. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya i CHC; 2007. Disponible en: <http://www.consorci.org/coneixement/cataleg-de-publicacions/94/atencio-a-la-salut-dels-immigrants-necessitats-sentides-pel-personal-responsable>
 83. Burón Pust A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/96528>
 84. Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* [Internet]. Elsevier; 2001;15(4):320–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71575-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71575-0)
 85. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: Should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2000;54(6):478–9. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0034069116&partnerID>

=40&md5=ac3ebc73847a4dce884c3fa946feedfe

86. Vázquez M-L, Vargas I, Jaramillo DL, Porthé V, López-Fernández LA, Vargas H, et al. Is access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2016;120(4):396-405. [Consultado el 21 de enero de 2017]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016000257>
87. Torres-Cantero AM, Miguel AG, Gallardo C, Ippolito S. Health care provision for illegal migrants: May health policy make a difference? *Eur J Public Health* [Internet]. 2007;17(5):483–5. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-35649015289&partnerID=40&md5=7ba7eab2742446ad7b6ba12efd40e3c9>
88. Bas-Sarmiento, M. Fernández-Gutiérrez, M.J. Albar-Marín, M. García-Ramírez. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit.*, 2015; 29(4):244-51.
89. Andersen RM, Mccutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring Dimensions of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 1983,18(1), 49–74.
90. Bronfman, M, Castro, R, Zúñiga, E, Miranda, C, Oviedo, J. Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* [Internet]. 1997;39(5):442-450.
91. Arrivillaga M, Borrero YE. A comprehensive and critical view of conceptual models for access to health services, 1970-2013. *Cad saúde pública* [Internet]. 2016;32(5):e00111415. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500401&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
92. Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. *Médicos del Mundo*. 2013. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_MdM_Report_access_healthcare_times_crisis_and_rising_xenophobia_edcfd8a3%232E%23pdf%5Cnhttp://www.youtube.com/embed/at26g9HNNe8
93. Access to health care for vulnerable groups in the European Union in 2012. An overview of the condition of persons excluded. 2012. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201302/20130208ATT60776/20130208ATT60776EN.pdf>
94. Simonnot N, Rodriguez A, Nuernberg M, Fille F, Aranda-Fernández PE, Chauvin P. Access to health care for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities

- in 12 countries. Report on social and medical data gathered in 2015 in 11 European countries and Turkey. Paris, France: Doctors of the World; 2016.
95. Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA, Barrera Linares F, Lasheras Barrio ML, Charlotte Robert AC, Luzón Oliver L. Differences in the use of primary care services among native and immigrant children . *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2013; 15(57):15–25. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84877094283&partnerID=40&md5=f1de3893f59184db1579e7ac81166bc4>
 96. Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health*. 2010;55(5):381–90.
 97. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. resolución 2200 A (XXI), (16-12-1996). Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
 98. Padilla B, Pereira Miguel J. Health and Migration in the European Union. Chapter 1: Health and Migration in the European Union: Building a Shared Vision for Action. :15–22. Disponible en: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6754/1/Health_Migration_EU_1.pdf
 99. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: A comparative study of national policies. *Eur J Public Health*. 2012;22(2):267–71.
 100. Gobierno de España. *Administracion.gob.es*. Dirección General de Gobernanza Pública. [Internet]. Disponible en: https://administracion.gob.es/pag_Home/espanaAdmon/comoSeOrganizaEstado/Sistema_Politico.html
 101. Secretaría General de Inmigración y Emigración. Organigrama Secretaría General de Inmigración [Internet]. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/sec_emi/index.htm
 102. Ortega Giménez A, López Álvarez A, Saray L, Sánchez H. El acceso a la asistencia sanitaria de los extranjeros irregulares en España: ¿un mecanismo de exclusión legalizado? En: *Actas del IV Congreso de la Red Española de Política Social (REPS)*. “Las políticas sociales entre crisis y post-crisis”: 6 y 7 de junio de 2013, Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares; 2013. 1085-1093. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=661685>
 103. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado núm. 240, (05-10-2011). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>

104. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm.186, 84-05-2012)
105. Conejero Paz EN. La política de inmigración en España. 3 Ciencias. 2012;8:9-11.
106. Real Decreto 240/2007, 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. Boletín Oficial del Estado núm.51, (28-02-2007)
107. Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Boletín Oficial del Estado núm.306, (21-12-2012)
108. Sentencia 134/2017 del Tribunal Constitucional. Boletín Oficial del Estado núm.308, (20-12-2017).
109. Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en Población Extranjera Inmigrante. 2009-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012;
110. El País. https://elpais.com/sociedad/2009/01/09/actualidad/1231455603_850215.html. Las víctimas Extranj violencia machista Pod optar a un Permis Resid[Internet]. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2009/01/09/actualidad/1231455603_850215.html
111. Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014. Madrid: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social; 2011.
112. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
113. Plan Estratégico de igualdad de oportunidades (2008-2011). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2011.
114. Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015 - 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
115. Plan de acción 2014-2016 de la estrategia española de discapacidad. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ; 2014.
116. Plan de acción de Estrategia Española Sobre Discapacidad 2014-2020. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ; 2014.

117. Real Decreto 400/1984, de 22 febrero. Boletín Oficial del Estado núm. 51, (29-02-1984).
118. Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. Boletín Oficial del Estado núm. 68, (20-03-2007).
119. Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Boletín Oficial del Estado núm. 17, (20-01-2012).
120. Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo J. Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. Manual de atención sanitaria a Inmigrantes. Junta Andalucía. Cons Salud [Internet]. 2007;249–50. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf
121. I Plan integral para la inmigración en Andalucía. Sevilla: Consejería de Gobernación; 2001.
122. II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, 2006-2009. Sevilla: Consejería de Gobernación; 2007.
123. III Plan integral para la inmigración en Andalucía Horizonte 2016. Sevilla: Consejería de Justicia e Interior; 2014.
124. Consejería de Justicia e Interior [Internet]. Disponible en: <http://juntadeandalucia.es/organismos/justiciaeinterior.html>
125. III Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
126. Convenio de colaboración entre la Consejería de Salud y Asociaciones que trabajan con el colectivo de personas que ejercen la prostitución, en materia de salud pública. Sevilla: Junta de Andalucía, 2008.
127. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud; 2015.
128. Plan de Calidad. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2010.
129. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Sevilla: Consejería de Salud; 2016.
130. “Actualización del procedimiento para la acreditación del Derecho de asistencia sanitaria y libre elección de médico”. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Disponible en: Junta de Andalucía. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_derechos_libreeleccion_1

Capítulo 3

131. Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. *Gest Clin Sanit.* 2010;12(2):55–62.
132. Descripción de Iniciativas de Participación Ciudadana en la planificación e implantación de políticas en sistemas sanitarios públicos. Informe 3/2006. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
133. Foro Europeo sobre Política Sanitaria. Comisión Europea. Dirección General de Sanidad y Protección de los datos. [Internet]. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_%0Aoverview/health_forum/hforum_intro_es.pdf%0A BUSCAR UNA REFERENCIA
134. Caminal J. La medida de la satisfacción : un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. 2001;16(4):232-292.
135. Fung A. Putting the Public Back into Governance: Th e Challenges of Citizen Participation and Its Future. 2015;75:513–22.
136. Colomer C, Álvarez-Dardet C (Eds). Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. En: Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001. pp.27-45.
137. Morgan A, Davies M ZE. Health assets in a global context: theory, methods, action. New York: Springer; 2010. 183-196 p.
138. Villa JJ. La evaluación necesita la perspectiva de la población. *Aten Primaria* 2007; 39(8):395-403.
139. Prieto MA, Escudero MJ, Suess A, March JC, Ruiz A, Danet A. Análisis de calidad percibida y expectativas de pacientes en el proceso asistencial de diálisis. 2011;34:21–31.
140. March Cerdà JC, Prieto Rodríguez MA, Ruiz Azarola A, Simón P, Barrio Cantalejo I, Danet A. Mejora de la información sanitaria contenida en los prospectos de los medicamentos: expectativas de pacientes y de profesionales sanitarios. *Aten Primaria.* 2010;42(1):22–7.
141. González Pérez RG, Gijón Sánchez MT, Escudero Carretero MJ, Prieto Rodríguez MA, March Cerdà JC , Ruiz Azarola A. Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2008;23(3):101–8.
142. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud; 2009.

143. Alberich T, Aranz L, Basagoiti M, Belmonte R, Bru P, Espinar C, et al. Metodologías participativas. Manual. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (CIMAS).2009.
144. March Cerdà JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* [Internet]. Elsevier; 1999;13(4):312–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911199713737>
145. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. 2007;39(8):395–401.
146. Giraldo Osorio Alexandra, Vélez Álvarez Consuelo. La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014;13(34): 232-241. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200011&lng=es.
147. Reyes-Alcázar V. La importancia de reconocer las expectativas y necesidades de los usuarios. *Medwave* 2012;12(1):e5282.
148. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery (Review). 2006;2:CD003318. doi: 10.1002/14651858.CD003318.pub3.
149. Schütz A. Fenomenología del mundo social: introducción a la sociología comprensiva. Paidós, editor. Buenos Aires; 1972. 279 p.
150. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(3):613–9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300006&lng=es&tlng=es
151. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2013;2(7):162–7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2007505713727066>
152. Hamui-sutton A, Varela-ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*. 2013;2(1):55–60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-la-tecnica-grupos-focales-S2007505713726838>

Capítulo 4

153. Balabanova D, Parkhurst J, McKee M, McPake B: Access to Health Care: Taking into Account Health Systems Complexity Evidence from Transition Countries. 2007. Health Systems Development Programme.
154. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Lizana Alcazo T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit.* 2009;23(5):396–402.
155. Vázquez ML, Terraza-Núñez R, Vargas I, Rodríguez D, Lizana T. Health policies for migrant populations in three European countries: England; Italy and Spain. *Health Policy (New York)*. 2011;101(1):70–8.
156. Garcia-Subirats I, Vargas I, Sanz-Barbero B, Malmusi D, Ronda E, Ballesta M, et al. Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2014;11(10):10182–201. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84908321172&partnerID=40&md5=35c224959d30a0d144b6179b5fc7ef21>
157. Reyes-Uruena J.M., Noori T., Pharris A., Jansà J.M. New times for migrants' health in Europe. *Rev. esp. sanid. penit.* [Internet]. 2014;16(2):48-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000200004&lng=es.
158. Terraza Núñez Rebeca, Vargas Lorenzo Ingrid, Rodríguez Arjona Dolors, Lizana Alcazo Tona, Vázquez Navarrete M. Luisa. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2010;24(2): 115.e1-115.e7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200004&lng=es. 159. Mladovsky P. A framework for analysing migrant health policies in Europe. *Health Policy (New York)*. 2009;93(1):55–63.
160. Retortillo A, Ovejero A, Cruz F, Lucas S, Arias B. Inmigración y modelos de integración: entre la asimilación y el multiculturalismo. *Rev Univ ciencias del Trab.* 2006;7:123–39.
161. Vázquez ML, Terraza-Núñez R, S-Hernández S, Vargas I, Bosch L, González A, et al. Are migrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish policies. *Health Policy (New York)*. 2013;113(3):236–46.
162. Mladovsky P. Migrant health in the EU. *Migration and Health*. 13(1):9–11.

163. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity :An exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy (New York)* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2012;105(1):1–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.007>
164. Bacigalupe A, Escolar-pujolar A. The impact of economic crises on social inequalities in health : what do we know so far ? *International Journal for Equity in Health*. 2014; 13(1):52
165. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH]. Los principales tratados internacionales de derechos humanos [Internet]. 2007. 233 p. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/CoreTreaties.pdf>
166. Peiro M-J, Benedict R. Migrant health policy The Portuguese and Spanish EU Presidencies. *Eurohealth (Lond)*. 2005;16(1):1–4.
167. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gac Sanit* [Internet]. Informe SESPAS 2016; 2016;30:25–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012>
168. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;381(9873):1235–45. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8)
169. Bacigalupe A, Martín U, Font R, González-Rábago Y, Bergantiños N. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis. Existen diferencia entre las Comunidades Autonomas? *Gac Sanit*. 2016;30(1):47–51.
170. Lahelma E, Rahkonen O, Huuhka M. Changes in the social patterning of health? The case of Finland 1986-1994. *Soc Sci Med*. 1997;44(6):789–99.
171. Heras-Mosteiro J, Sanz-Barbero B, Otero-Garcia L. Health care austerity measures in times of crisis: The perspectives of primary health care physicians in Madrid, Spain. *Int J Heal Serv* [Internet]. 2016;46(2):283–99. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84974686591&partnerID=40&md5=73ff0acb45bd9aec35b22be273e7377a>
172. López-Fernández LA, Millán JIM, Ajuria AF, Cerdà JCM, Suess A, Danet AD, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. 2012;26(4):298–300.
173. Porthé V, Vargas I, Sanz-Barbero B, Plaza-Espuña I, Bosch L, Vázquez ML, et al. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic

- crisis: Opinions of health professionals and immigrant users. *Health Policy* (New York) [Internet]. 2016 Nov;120(11):1293–303. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85000925923&doi=10.1016%2Fj.thpol.2016.09.005&partnerID=40&md5=7d209004cb78883621b0d678abe41e05>
174. Cimas M, Gullon P, Aguilera E, Meyer S, Freire JM, Perez-Gomez B. Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012. *Health Policy*. 2016 Apr;120(4):384–95.
 175. Mestres AJ, López-Casasnovas G, Castelló JV. The deadly effects of losing health insurance. (CRES-UPF working paper #201804-104) Centre de Recerca en Economia i Salut, Barcelona; 2018
 176. Collaborators G 2015 HA and Q. Articles Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories , 1990 – 2015 : a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. 2017; 30 (10091), 231-266.
 177. Amnistía Internacional. La receta equivocada. El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España [Internet]. London: Amnesty International Ltd.; 2018. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR4181362018SPANISH.PDF>.
 178. ONU. Consejo económico social y cultural. Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España. 1999; 14:1–19.
 179. Lancet T. Austerity in Spain : time to loosen the grip. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2018;391(10132):1750. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30983-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30983-8)
 180. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Rodríguez Arjona D, Lizana Alcazo T, Vázquez Navarrete ML. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2010;24(2):1–7.
 181. Serrano Falcón, C; Mañero Rodríguez C. El fenómeno de la inmigración sanitaria en Andalucía: el modelo granadino. En Francisco Javier García Castaño y Nina Kressova (Coord.), *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*. Granada, España: Instituto de Migraciones. 2011. 1467-1478.
 182. Ledoux C, Pilot E, Diaz E, Krafft T. Migrants ' access to healthcare services within the European Union : a content analysis of policy documents in Ireland , Portugal and Spain. *Globalization and Health*; 2018;1–11.
 183. Renschler I, Cattacin S. Comprehensive “Difference Sensitivity” in health

systems. Migration and Health: difference sensitivity from an organisational perspective [Internet]. Malmö: Malmö University;2005;p.37-42.Disponible en: [https://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/4289/M&H%20MUEP\[1\].pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=39](https://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/4289/M&H%20MUEP[1].pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=39)

184. E. Scheppers, E. van Dongen, J. Dekker, et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract.*2006;23(3):325-348.
185. Diez M, Diaz A, Garriga C, Pons M, Ten A, Marcos H, et al. A low-cost, sustainable, second generation system for surveillance of people living with HIV in Spain: 10-year trends in behavioural and clinical indicators, 2002 to 2011. *Eurosurveillance* [Internet]. 2014;19(20). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84901416829&partnerID=40&md5=0aae7d6871e473c577c865a9a8043e74>
186. Migrant and Ethnic Minority Training Packages Project (MEM-TP). European Commission. The Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency. Training Packages. [Internet]. Disponible en: www.mem-tp.org
187. Devillé W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, et al. Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-80052679507&partnerID=40&md5=1aada9a43838ea0ddb0add01c080a85>
188. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29(1):9–25.
189. Terraza-Núñez R, Vázquez LM, Vargas I, Lizana T. Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *Int J Public Health* [Internet]. 2011;56(5):549–57. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-80955155007&partnerID=40&md5=44fa96a01ecbb8c68556f777f2ff1c4e>
190. Vazquez ML, Vargas I, Jaramillo DL, Porthé V, Lopez-Fernandez LA, Vargas H, et al. Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health Policy.* 2016;120(4):396–405.
191. Belmonte T, Checa JC, Arjona A. Servicios de Salud e Inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro. 2012. *Saúde e Sociedade*, 21(1) : 63–75.
192. Otero-García L, Goicolea I, Gea-Sánchez M, Sanz-Barbero B. Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant women in Spain: midwives' perspectives. *Glob Health Action.* 2013;6:22645.

193. Análisis completo del III Plan Integral Para la Inmigración en Andalucía Horizonte 2016. Evaluación Externa. [Internet],2016. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/evaluaci%C3%B3n%20externa%20III%20PIPIA%20DEFINITIVO.pdf>
194. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud. 2017;343. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/ENCUESTA_NACIONAL.pdf
195. Bandrés E, González R. La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. Cuad Inf Económica [Internet]. 2015;(248):37–47. Disponible en: [http://rifde.info/documentos/repo2015/La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis.pdf](http://rifde.info/documentos/repo2015/La_reducci%C3%B3n_del_gasto_sanitario_en_Espa%C3%B1a_durante_la_crisis.pdf)
196. Stuckler D, Reeves A, Loopstra R, Karanikolos M, McKee M. Austerity and health: the impact in the UK and Europe. Eur J Public Health [Internet]. 2017;27(4):18–21. Disponible en: http://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl_4/18/4430523/Austerity-and-health-the-impact-in-the-UK-and
197. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: Recession, austerity and unmet needs. Eur J Public Health. 2015;25(3):364–5.
198. Resnick EA, Bishop M, O'Connell A, et al. The CHEER study to reduce BMI in elementary school students: a school-based, parent directed study in Framingham, Massachusetts. 2009. J Sch Nurs;25(5):361–372. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2012/11/14/peds.2012-1176.full.pdf>
199. Carmona R, Alcázar-Alcázar R, Sarría-Santamera A, Regidor E. Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Publica. 2014;88:135–55.
200. Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit [Internet]. SESPAS; 2014;28(S1):1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.011>
201. Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality-an important theoretical framework for public health. Am J Public Health. 2012;102(7):1267–73.
202. Gotsens M, Malmusi D, Villarroya N, Vives-Cases C, Garcia-Subirats I, Hernando C, et al. Health inequality between immigrants and natives in Spain: The loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. Eur J Public Health [Internet]. 2015;25(6):923–9.

203. White J, Woodward J, South J. Addressing inequalities in health--what is the contribution of health trainers?. *Perspect Public Health* [Internet]. 2013;133(4):213–20. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=23833229>
204. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union : a scoping review. 2014;29(7):818–30.
205. Gimeno Feliu LA, García Camacho A, López-Vélez R. Salud e inmigración en el contexto de esta crisis económica y de valores:el ejemplo de España. *Eu-topías*. 2014;7(1992):121–30.
206. Velasco , C, Vinasco, A.M, Trilla, A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Atención Primaria*. 2016;48(3): 149-158. Disponible en: www.elsevier.es/ap%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015
207. Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* [Internet]. Elsevier; 2001;15(4):320–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71575-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71575-0)
208. Agudelo-Suárez AA, Gil-González D, Vives-Cases C, Love JG, Wimpenny P, Ronda-Pérez E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012;12(1):461. Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-461>
209. Junyent M, Miró O, Sánchez M. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias* 2006;18:232-235
210. Czapka EA, Sagbakken M. Where to find those doctors? A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):1–14.
211. Renahy E, Mitchell C, Molnar A, Muntaner C, Ng E, Ali F, et al. Connections between unemployment insurance, poverty and health: a systematic review. *Eur J Public Health* [Internet]. 2018;28(2):296-275. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurpub/article/28/2/269/4817423>
212. Liao S, Weeks MR, Wang Y, Nie L, Li F, Zhou Y, et al. Inclusion of the female condom in a male condom-only intervention in the sex industry in China: A cross-sectional analysis of pre- and post-intervention surveys in three study sites. *Public Health*

- [Internet]. 2011 ;125(5):283–92. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1558987391?accountid=13828>
213. Gil-Gonzalez D, Carrasco-Portinõ M, Vives-Cases C, Agudelo-Suarez AA, Castejon Bolea R, Ronda-Perez E. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethn Heal*. 2015;20(5):523–41.
 214. Agudelo-Suárez AA, Ronda E, Vázquez-Navarrete ML, García AM, Martínez JM, Benavides FG, et al. Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: What happened with migrants who came to Spain to work? *Int J Public Health* [Internet]. 2013 Aug;58(4):627–31.
 215. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W. Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices. *Health Policy (New York)* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2012;105(1):10–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.003>
 216. Dias S, Gama A, Silva AC, Cargaleiro H, Martins MO. Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: A Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Acta Med Port* [Internet]. 2011;24(4):511–6. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84856013747&partnerID=tZOtx3yI>
 217. Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D. Undocumented migrants in Canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Immigr Minor Heal* [Internet]. 2010;12(1):132–51. Disponible en: <http://www.springerlink.com/index/pt476w82q5jw8392.pdf>
 218. Aparicio Gómez R, Tornos Cubillos A. Las asociaciones de inmigrantes en España. Una visión de conjunto. [Internet]. Vol. 26, Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración. 2010. 133 p. Disponible en: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/archivos/Las_asociaciones_de_inmigrantes_en_Espana_Una_vision_de_conjunto.pdf
 219. Regidor E, Sanz B, Pascual C, et al. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009;23 (1):4–11.
 220. Ronda E, Briones-Vozmediano E, Galon T, García AM, Benavides FG, Agudelo-Suárez AA. A qualitative exploration of the impact of the economic recession in Spain on working, living and health conditions: Reflections based on immigrant workers' experiences. *Heal Expect* [Internet]. 2016;19(2):416–26. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84961208895&doi=10.1111%2Fhex.12365&partnerID=40&md5=99e8e0914ae56d17491c4bef60d0b467>

221. Instituto de Información Sanitaria. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. 2012;28–9. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_Sanitaria_2012.pdf
222. Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *Eur J Public Health*. 2007;17(5):497–502.
223. Schoevers MA, Loeffen MJ, Van Den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen ALM. Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *Int J Public Health*. 2010;55(5):421–8.
224. Thomasma DC, Pomerance BDM. Access to healthcare in the UK. *Doctor World UK*. 2015;7(2):30.
225. HUMA. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries. 2009;192. Disponible en: http://www.episouth.org/doc/r_documents/Rapport_huma-network.pdf
226. Jiménez-Martín S, Jorgensen N. Inmigración y demanda de seguros sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23(1):19–24.
227. Gimeno-Feliu LA, Magallón-Botaya R, Macipe-Costa RM, Luzón-Oliver L, Cañada-Millan JL, Lasheras-Barrio M. Differences in the use of primary care services between Spanish national and immigrant patients. *J Immigr Minor Heal*. 2013;15(3):584–90.
228. Rivera B, Casal B, Currais L. Estado de salud y frecuentación de los servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes. *Gac Sanit*. 2009;23(1):53–6.
229. Apers S, Rassart J, Luyckx K, Oris L, Goossens E, Budts W, et al. Bringing Antonovsky's salutogenic theory to life: A qualitative inquiry into the experiences of young people with congenital heart disease. *Int J Qual Stud Health Well-being [Internet]*. 2016;11:10.3402/qhw.v11.29346. Disponible en: doi: 10.3402/qhw.v11.29346
230. Maxwell AE, Young S, Rabelo Vega R, Cayetano RT, Crespi CM, Bastani R. Building Capacity to Address Women's Health Issues in the Mixtec and Zapotec Community. *Womens Health Issues [Internet]*. United States; 2015;25(4):403–9. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=25986880>
231. Márquez-Calderón S, Villegas-Portero R, Gosalbes Soler V, Martínez-Pecino F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit [Internet]*. Elsevier; 2014 Jun;28:116–23. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/promocion-salud-prevencion-tiempos-crisis/articulo/S0213911114000466/>

232. Antón JI, Muñoz De Bustillo R. Health care utilisation and immigration in Spain. *Eur J Heal Econ*. 2010;11(5):487–98.
233. Urbano R. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. 2014;28:1–88.
234. European Commission. Employment, Social Affairs & Inclusion The impact of the financial crisis on unmet needs for healthcare. Research note 7/2013. 2013;1–44.
235. Muñoz de Bustillo, R. and J.I. Antón, 2009, Health care utilization and immigration in Spain, Munich Personal RePEc Archive Paper No. 12382
236. Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. 25 de abril de 2018.
237. Moreno Fuentes FJ, Ferreira S de F. Inmigración, sanidad, crisis económica y politización de la inmigración en España. *Rev Interdiscip da Mobilidade Humana*. 2013;21(40):27–47.
238. Lam W, Dawson A, Fowler C. Health promotion interventions to prevent early childhood human influenza at the household level: a realist review to identify implications for programmes in Hong Kong. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 Apr;24(7/8):891–905 15p. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=103779668&site=ehost-live>
239. Mayhew M, Ickx P, Stanekzai H, Mashal T, Newbrander W. Improving nutrition in Afghanistan through a community-based growth monitoring and promotion programme: a pre-post evaluation in five districts. *Glob Public Health* [Internet]. England; 2014;9(1):58-75. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=24852811>
240. Castano J, Ospina JE, Cayla JA, Greer SL. Restricting Access to Health Care to Immigrants in Barcelona: A Mixed-Methods Study With Immigrants Who Have Experienced an Infectious Disease. *Int J Health Serv*. 2016;46(2):241–61.
241. Ingleby D, Petrova- Benedict R. Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation : an expert consensus. Organización Internacional de Migraciones. Bruselas: Organización Internacional de Migraciones. Oficina Regional de Bruselas, División Salud de Migrantes; 2016. Disponible en: http://equi-health.eea.iom.int/images/Expert_consensus_Recommendations.pdf
242. Norheim OF. Ethical priority setting for universal health coverage: challenges in deciding upon fair distribution of health services. *BMC medicine*. 2016;14(1):75.

243. Pitkin Derosé K, Bahney BW, Lurie N, et al. Review: immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev.*2009;66:355–408.
244. Thomson G, Bilson A, Dykes F. Implementing the WHO/UNICEF Baby Friendly Initiative in the community: a “hearts and minds” approach. *Midwifery* [Internet].2012 Apr;28(2):258–64. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1023093619?accountid=13828>
245. Carrasco-garrido P, Jiménez-garcía R, Barrera VH, Andrés AL De, Miguel ÁG De. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. 2009;12:1–12.
246. Knipscheer JW, Kleber RJ. Help-seeking behavior of west african migrants. 2008;36(7):915–28.
247. Jime D,Herna C.A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain : New evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science & Medicine* 2009;69(3):370–8.
248. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:1–8.
249. Betancourt J, Green AR, Carrillo JE. Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches The Commonwealth Fund, New York (2002) Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2002/oct/cultural-competence-health-care-emerging-frameworks-and>
250. Renahy E, Mitchell C, Molnar A, Muntaner C, Ng E, Ali F, et al. Connections between unemployment insurance ,poverty and health : a systematic review. 2018;28(2):269–75.
251. Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García AM, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med.* 2009;68(10):1866–74.
252. Rix EF, Barclay L, Wilson S, Stirling J, Tong A. Service providers' perspectives, attitudes and beliefs on health services delivery for Aboriginal people receiving haemodialysis in rural Australia: a qualitative study. *BMJ Open* [Internet].2013;3(10):e003581–e003581. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=prem&NEWS=N&AN=24157820>
253. Ingleby, D., Chimienti, M., Hatziprokopiou, P., Ormond, M., & De Freitas, C. (2005). The role of health in integration. En: L. Fonseca & J. Malheiros (Eds.), *Social integration and mobility: education, housing and health* IMISCOE Cluster B5 State of the art

report. Estudos para o Planeamento Regional e Urbano n. 67 (pp. 89-119) Ingleby D, Chimienti M, Hatziprokopiou P, Ormond M. The role of health in integration. 2005;(January).





ANEXOS

Índice

Capítulo 1:

Anexo 1: Conceptos

Anexo 2: Datos principales preocupaciones del CIS (periodo julio 2009-julio 2017)

Anexo 3: Notas y definiciones de términos políticos y de economía.

Anexo 4: Sistemas de salud en el origen de las poblaciones estudiadas

Capítulo 2:

Anexo 5: Total de documentos seleccionados para analizar de ámbito Estatal

Anexo 6: Total de documentos seleccionados para analizar de ámbito Andaluz

Capítulo 3:

Anexo 7: Guiones de entrevista

- Guión 1: Guión de entrevista para la población migrante FASE 1
- Guión 2: Guión de entrevista para la población migrante FASE 2
- Guión 3: Guión de entrevista para la población migrante FASE 3

Anexo 8: Tablas de informantes.

- Tabla 1 Informantes FASE 1
- Tabla 2. Informantes FASE 2
- Tabla 3: Informantes Fase 3

Capítulo 4:

Anexo 9: Tablas explicativas de análisis comparativo entre los 3 periodos:

- Tabla comparativa de resultados de 3 periodos global.
- Tabla de resultados comunes en los 3 periodos.
- Tabla con las diferencias entre los 3 periodos.
- Tabla con resultados diferentes 3er periodo de validación.

CAPÍTULO 1

Anexo 1: CONCEPTOS

Los conceptos y sus definiciones se han extraído de forma literal de las diferentes fuentes de glosario.

Conceptos según el Glosario nº 7 de la Organización Internacional de Migraciones (7)

Migración: Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos.

Migración regular: Migración que se produce a través de canales regulares y legales.

Migración irregular: Personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados de envío, de tránsito o receptor. No hay una definición universalmente aceptada y suficientemente clara de migración irregular. Desde el punto de vista de los países de destino significa que es ilegal el ingreso, la estadía o el trabajo, es decir, que el migrante no tiene la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para ingresar, residir o trabajar en un determinado país. Desde el punto de vista de los países de envío la irregularidad se observa en los casos en que la persona atraviesa una frontera internacional sin documentos de viaje o pasaporte válido o no cumple con los requisitos administrativos exigidos para salir del país. Hay sin embargo una tendencia a restringir cada vez más el uso del término de migración ilegal a los casos de tráfico de migrantes y trata de personas.

Migrante A nivel internacional no hay una definición universalmente aceptada del término "migrante." Este término abarca usualmente todos los casos en los que la decisión de migrar es tomada libremente por la persona concernida por "razones de conveniencia personal" y sin intervención de factores externos que le obliguen a ello. Así, este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de sus familias.

Migrante económico: Persona que habiendo dejado su lugar de residencia o domicilio habitual busca mejorar su nivel de vida, en un país distinto al de origen. Este término se distingue del de "refugiado" que huye por persecución o del refugiado de facto que huye por violencia generalizada o violación masiva de los derechos humanos. También se usa para hacer referencia a personas que intentan ingresar en un país sin permiso legal y/o utilizando procedimientos de asilo de mala fe. Asimismo, se aplica a las personas que se establecen fuera de su país de origen por la duración de un trabajo de temporada (cosechas agrícolas), llamados "trabajadores de temporada" o temporeros.

Migrante irregular: Persona que habiendo ingresado ilegalmente o tras vencimiento de su visado, deja de tener status legal en el país receptor o de

tránsito. El término se aplica a los migrantes que infringen las normas de admisión del país o cualquier otra persona no autorizada a permanecer en el país receptor (también llamado clandestino/ ilegal/migrante indocumentado o migrante en situación irregular).

Migrantes en situación irregularizada: Basado en la idea de que persona no es "irregular" / "ilegal"; el marco legal irregulariza la situación administrativa de la persona migrante.

Refugiado (según el mandato del ACNUR) Persona que cumple con los criterios del Estatuto del ACNUR y califica para la protección de las Naciones Unidas dada por el Alto Comisionado sin tomar en cuenta si está o no en un Estado parte de la Convención sobre el Estatuto de Refugiado de 1951 o del Protocolo sobre el Estatuto de Refugiado de 1967, o si ha sido o no reconocido por el país huésped como refugiado bajo uno de estos dos instrumentos.

Refugiado (reconocido): Persona que con "fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país". (Art. 1 (A) (2), de la Convención sobre el Estatuto de Refugiado de 1951, modificada por el Protocolo de 1967)

Extranjero: Persona que no es nacional de un Estado determinado. El término abarcaría el apátrida, el asilado, el refugiado y el trabajador migrante.

Glosario 2.0. sobre Migración y Asilo (8)

Migración:

En el ámbito de la UE, término genérico de inmigración y emigración, i.e., la acción por la cual una persona:

- i) establece su residencia habitual en el territorio de un Estado miembro por un periodo que es, o se espera que sea, de al menos doce meses, habiendo sido previamente residente habitual de otro Estado miembro o de un tercer país; o
- ii) habiendo sido previamente residente habitual en el territorio de un Estado miembro, deja de tener dicha residencia habitual en ese Estado miembro por un periodo que es, o se espera que sea, de al menos doce meses.

En un contexto global, desplazamiento de una persona o de un grupo de personas, bien a través de una frontera internacional (migración internacional), bien dentro del territorio de un Estado (migración interna). Es un desplazamiento de población que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas migrantes por motivos económicos y personas que se desplazan por otras causas, como la reagrupación familiar.

Términos específicos:

Emigración, Inmigración

Fuente:

Elaborada por la EMN a partir de las definiciones de inmigración y emigración Glosario sobre Migración de la OIM

Emigración

En el ámbito de la UE, acción por la que una persona, que habiendo sido previamente residente habitual en el territorio de un Estado miembro, deja de

tener su residencia habitual en ese Estado miembro por un periodo que es, o se espera que sea, de al menos doce meses.

En un contexto global, acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro.

Término genérico:

Migración

Término relacionado:

Inmigración

Fuente:

Reglamento (CE) nº 862/2007 del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las estadísticas comunitarias en el ámbito de la migración y la protección internacional

Glosario OIM sobre Migración

Emigrante

Persona que lleva a cabo una emigración.

Término genérico:

Persona migrante

Términos relacionados:

Inmigrante, Persona migrante de carácter permanente, Persona migrante de carácter temporal

Fuente:

Reglamento (CE) nº 862/2007 del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las estadísticas comunitarias en el ámbito de la migración y la protección internacional

Inmigrante

En el ámbito de la UE, una persona que realiza una inmigración.

Término genérico:

Persona migrante

Términos relacionados:

Emigrante, Persona migrante de carácter permanente, Persona migrante de carácter temporal

Fuente:

Reglamento (CE) nº 862/2007 del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las estadísticas comunitarias en el ámbito de la migración y la protección internacional

Inmigrante en situación irregular

En el ámbito de la UE, nacional de un tercer país que no cumple, o ha dejado de cumplir, las condiciones de entrada establecidas en el artículo 5 del Código de fronteras Schengen u otras condiciones para la entrada, estancia o residencia en ese Estado miembro.

En un contexto global, persona que, debido a su entrada ilegal o al vencimiento de su base legal de entrada o residencia, carece del estatuto legal para el tránsito o residencia en un estado.

Sinónimo:

Inmigrante irregular/indocumentado/ilegal

Término específico:

Nacional de un tercer país detectado en situación irregular

Términos relacionados:

Situación irregular, Entrada ilegal, Empleo ilegal, Inmigración irregular, Extranjero en situación irregular sobrevenida

Notas:

La Comisión Europea ha utilizado el término Nacional de un tercer país detectado en situación irregular o Inmigrante en situación irregular en su legislación.

En la Resolución 1509 (2006) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos de Inmigrantes Irregulares, se prefiere el término 'ilegal' cuando se hace referencia a un estatuto o proceso, mientras que el término 'irregular' se usa preferentemente cuando se hace referencia a una persona.

Para una definición en contexto global, el término se aplica a migrantes que infringen las normas de admisión de un país y para cualquier persona que no está autorizada a permanecer en el país de acogida.

Este término no es de uso habitual en NL, pero se utiliza con frecuencia por las ONG.

Fuente:

Elaborada a partir de la definición de situación irregular en la Directiva 2008/115/CE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a normas y procedimientos comunes en los Estados miembros para el retorno de los nacionales de terceros países en situación irregular
Glosario de Términos relativos a la Migración, UNESCO

Persona migrante

Término genérico para inmigrante y emigrante, que hace referencia a una persona que sale de un país o región para establecerse en otro.

Términos específicos:

Emigrante, Inmigrante

Nota:

En el ámbito de la política de migración y asilo de la UE, se entiende en referencia a un nacional de un tercer país que entra (o está dentro) de la UE.

Fuente:

Véanse las definiciones de inmigrante y emigrante

Términos del Glosario del portal Unión Europea (9)

Migrante

Término más amplio que «inmigrante» o «emigrante» que designa a la persona que deja un país o región para establecerse en otros, frecuentemente porque busca una vida mejor.

Inmigración

En la UE, acto mediante el que una persona procedente de un país extracomunitario establece su residencia habitual en territorio de un país de

la UE durante un periodo que dure, o se espera que dure, un mínimo de doce meses.

Estancia ilegal/irregular

Presencia en el territorio de un país de la UE de un ciudadano extracomunitario que no reúne, o ha dejado de reunir, las condiciones de entrada, estancia o residencia en dicho país.

Emigrante económico

Persona que abandona su país de origen por razones económicas exclusivamente.

Extranjero

Alguien que no es ciudadano de un país de la UE

Anexo 2: datos principales preocupaciones del CIS¹

	La sanidad	Los problemas de índole económica	Los problemas relacionados con la calidad del empleo	Refugiados/as	La emigración
jul-09	4,1	48,5	2,9		
jul-10	4	51,3	3,2		
jul-11	4,3	49,6	2		
jul-12	10,4	46,5	2,3		
jul-13	10,3	32	1,5		
jul-14	11,3	28	2,5		
jul-15	11,8	25	4		
abr-16	9,3	25,1	4,3	0,5	0,6
jul-16	12	22,8	5,9	0,1	0,6

¹ Estos gráficos representan, en la mayoría de los casos, el porcentaje de cada opción de respuesta sobre un eje de 0% a 100%. Por lo tanto, observamos que durante los años en lo que se ha realizado esta tesis, la principal preocupación han sido los problemas de índole económica, la sanidad y los problemas relacionados con el empleo. Sin embargo, no es hasta abril de 2016 cuando aparece la preocupación por la llegada de personas refugiadas y la migración de personas españolas al extranjero.

jul-17	10,2	19,8	8,1	0,2	1
--------	------	------	-----	-----	---

Anexo 3: NOTAS Y DEFINICIONES DE TÉRMINOS POLÍTICOS Y DE ECONOMÍA.²

Certificado de registro de ciudadano de la Unión Europea-NIE

Los ciudadanos de un Estado miembro de la U.E. o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el E.E.E. (Espacio Económico Europeo) que van a residir en España por un periodo superior a tres meses, están 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 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.

¿Qué es Certificado de registro de ciudadano de la Unión Europea?

Es el documento que acredita la inscripción en el Registro Central de Extranjeros de los ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que van a residir en España por un periodo superior a tres meses.

¿Quiénes son los interesados?

Ciudadanos de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de la Confederación Suiza.

Periodo de validez

- 5 años. (Art. 7 Real Decreto 240/2007)
- Permanente (Art. 10 Real Decreto 240/2007)

¿Cómo se gestiona?

Personalmente en el plazo de tres meses desde la fecha de entrada en España

¿Dónde se presenta la documentación?

La Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil, a través de la Comisaría General de Extranjería y Fronteras de la Policía Nacional, ha comenzado a expedir en un nuevo soporte el certificado de registro de ciudadano de la Unión Europea. El nuevo certificado se expide en un soporte modelo ID-1, sensiblemente inferior al anterior que se presentaba en DIN A4. Estas nuevas dimensiones (86mm x 54 mm) son similares a las de otros documentos habituales como el permiso de conducir o la tarjeta sanitaria.

Esta iniciativa pretende ofrecer al ciudadano comunitario una mayor comodidad y agilidad en su documentación, además de evitar los frecuentes

² Notas extraídas de forma literal de la sede electrónica del Cuerpo Nacional de Policía. Ministerio del Interior. Gobierno de España.

https://sede.policia.gob.es/portalCiudadano/extranjeria/pr_cer_reg_ue.html

deterioros producidos en los anteriores modelos, y responde a una reiterada demanda de las personas afectadas.

El nuevo modelo se está ya expidiendo desde el año pasado, en todas las provincias

<https://jdimmigration.es/certificado-de-registro-de-ciudadano-de-la-union-europea-nie/>

TARJETA DE RESIDENCIA

Los familiares de ciudadano español o de otro Estado miembro de la Unión Europea, o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o Suiza, que no ostenten la nacionalidad de uno de dichos Estados, cuando se reúnan con él o le acompañen, y vayan a residir en España por un período superior a tres meses, deberán solicitar y obtener una tarjeta de familiar de ciudadano de la Unión.

ESTADOS MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA Y ESTADOS PARTE EN EL ACUERDO SOBRE EL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO

Alemania	Finlandia	Malta
Austria	Francia	Noruega*
Bélgica	Grecia	Países Bajos
Bulgaria	Hungría	Polonia
Chipre	Irlanda	Portugal
Croacia	Islandia*	Reino Unido
Dinamarca	Italia	R. Checa
Eslovaquia	Letonia	Rumanía
Eslovenia	Liechtenstein*	Suecia
España	Lituania	Suiza**
Estonia	Luxemburgo	

* Estados parte en el Acuerdo Sobre el Espacio Económico Europeo.

** Acuerdo de 21 de junio de 1999, entre la Comunidad Europea y la Confederación Suiza, sobre libre circulación de personal.

NORMATIVA BÁSICA

- **Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004**, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros.
- **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.
- **Orden PRE/1490/2012, de 9 de julio, por la que se dictan normas para la aplicación del artículo 7 del Real Decreto 240/2004, 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.

REQUISITOS

- Acompañar o reunirse con un ciudadano de la Unión u otro Estado parte del Espacio Económico Europeo, con derecho a residencia por un período superior a tres meses, por ser trabajador por cuenta ajena o propia, tener seguro de enfermedad y medios económicos suficientes para la unidad familiar, o ser estudiante con seguro de enfermedad y recursos suficientes para la unidad familiar.
- El ciudadano de la Unión u otro Estado parte del Espacio Económico Europeo, debe cumplir una de las siguientes condiciones:
- Ser trabajador por cuenta ajena en España, o
- Ser trabajador por cuenta propia en España, o
- Disponer para sí y los miembros de su familia, de recursos económicos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social de España durante su periodo de residencia. También deberá aportar un seguro de enfermedad público o privado, contratado en España o en otro país, que proporcione cobertura en España durante su período de residencia equivalente a la proporcionada por el Sistema Nacional de Salud. La valoración de la suficiencia de medios económicos se efectuará de manera individualizada y, en todo caso, teniendo en cuenta la situación personal y familiar del solicitante. Se considerará acreditación suficiente para el cumplimiento de este requisito la tenencia de recursos que sean superiores al importe que cada año fije la Ley de Presupuestos Generales del Estado para generar el derecho a recibir una prestación no contributiva, o
- Ser estudiante y estar matriculado en un centro público o privado reconocido o financiado por la administración educativa para cursar estudios o formación profesional, así como contar con un seguro de enfermedad público o privado contratado en España u otro país que proporcione cobertura completa en España, y declaración responsable de que posee recursos económicos suficientes para sí y los miembros de su familia para no convertirse en una carga para la asistencia social de España durante su periodo de residencia.
- Tener el siguiente parentesco con el ciudadano de la Unión:

Si es familiar de estudiante podrá ser:

- Cónyuge, siempre que no haya recaído el acuerdo o la declaración de nulidad del vínculo matrimonial o divorcio.
- Pareja con la que mantenga una unión análoga a la conyugal e inscrita en un registro público establecido en un Estado miembro de la Unión, o en un Estado parte en el Espacio Económico Europeo y siempre que no se haya cancelado dicha inscripción, lo que deberá ser suficientemente acreditado. Las situaciones de matrimonio e inscripción como pareja registrada se considerarán, en todo caso, incompatibles entre sí.
- Hijo del ciudadano de la Unión o de su cónyuge o pareja registrada siempre que no haya recaído el acuerdo o la declaración de nulidad del vínculo matrimonial o divorcio, o se haya cancelado la inscripción

registral de la pareja, menor de veintiún años o mayor de dicha edad que viva a su cargo, o sea incapaz.

- Cualquier miembro de la familia que en el país de procedencia estén a cargo o vivan con el ciudadano de la Unión. Se entenderá acreditada la convivencia si se demuestra fehacientemente una convivencia continuada de 24 meses en el país de procedencia
- Cualquier miembro de la familia, que por motivos graves de salud o discapacidad sea estrictamente necesario que el ciudadano de la Unión se haga cargo de su cuidado personal
- Pareja de hecho no inscrita con la que mantenga una relación estable debidamente probada al acreditar la existencia de un vínculo duradero. En todo caso, se entenderá la existencia de ese vínculo si se acredita un tiempo de convivencia marital de, al menos, un año continuado, salvo que tuvieran descendencia en común, en cuyo caso bastará la acreditación de convivencia estable debidamente probada. Las situaciones de matrimonio y pareja se considerarán, en todo caso, incompatibles entre sí.
- En los demás supuestos podrá ser:
- Cónyuge, siempre que no haya recaído el acuerdo o la declaración de nulidad del vínculo matrimonial o divorcio.
- Pareja con la que mantenga una unión análoga a la conyugal e inscrita en un registro público establecido en un Estado miembro de la Unión, o en un Estado parte en el Espacio Económico Europeo y siempre que no se haya cancelado dicha inscripción. Las situaciones de matrimonio e inscripción como pareja registrada se considerarán, en todo caso, incompatibles entre sí.
- Hijo directo del ciudadano de la Unión o del Espacio Económico Europeo o de su cónyuge o pareja registrada siempre que no haya recaído el acuerdo o la declaración de nulidad del vínculo matrimonial, o divorcio, o se haya cancelado la inscripción registral como pareja, menor de veintiún años, o mayor de dicha edad que viva a su cargo, o incapaz.
- Ascendiente directo del ciudadano de la Unión o del Espacio Económico Europeo o de su cónyuge o pareja registrada que viva a su cargo, siempre que no haya recaído el acuerdo o la declaración de nulidad del vínculo matrimonial, o divorcio, o se haya cancelado la inscripción registral de la pareja.
- Cualquier miembro de la familia que en el país de procedencia estén a cargo del ciudadano de la Unión.
- Cualquier miembro de la familia que en el país de procedencia conviva con el ciudadano de la Unión. Se entenderá acreditada la convivencia si se demuestra fehacientemente una convivencia continuada de 24 meses en el país de procedencia
- Cualquier miembro de la familia, que por motivos graves de salud o de discapacidad sea estrictamente necesario que el ciudadano de la Unión se haga cargo del cuidado personal
- Pareja de hecho no inscrita con la que mantenga una relación estable debidamente probada al acreditar la existencia de un vínculo duradero. En todo caso se entenderá la existencia de ese vínculo si se acredita un tiempo de convivencia marital de, al menos, un año continuado, salvo que tuvieran descendencia en común, en cuyo caso bastará la acreditación de convivencia estable debidamente probada. Las

situaciones de matrimonio y pareja se considerarán, en todo caso, incompatibles entre sí.

- Se entenderá que están a cargo aquellos familiares cuyo sostén económico lo proporciona el ciudadano de la UE y necesitan ayuda material para cubrir sus necesidades básicas. Esta dependencia debe darse en el país de origen

<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/InformacionInteres/InformacionProcedimientos/CiudadanosComunitarios/hoja103/index.html>

Notas:

Renta anual neta media por persona y por unidad de consumo (año anterior al de la entrevista) :

Renta media por persona (con alquiler imputado):

La **definición de renta del hogar incluye el alquiler imputado**. El alquiler imputado se aplica a los hogares que no pagan un alquiler completo por ser propietarios o por ocupar una vivienda alquilada a un precio inferior al de mercado o a título gratuito. El valor que se imputa es el equivalente al alquiler que se pagaría en el mercado por una vivienda similar a la ocupada, menos cualquier alquiler realmente abonado. Asimismo se deducen de los ingresos totales del hogar los intereses de los préstamos solicitados para la compra de la vivienda principal.

Los **ingresos por persona** se obtienen, para cada hogar, dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de miembros de dicho hogar. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen, para cada hogar, dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo. Se toma la distribución de personas.

Notas:

En la encuesta de Condiciones de Vida, los ingresos que se utilizan en el cálculo de variables como rentas y tasa de riesgo de pobreza corresponden siempre al año anterior.

Tasa de riesgo de pobreza, Tasa de riesgo de pobreza (con alquiler imputado)

Umbral de pobreza: es el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo (escala OCDE modificada), tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

El indicador **AROPE** de riesgo de pobreza o exclusión social es un indicador que se construye con la población que se encuentra en riesgo de pobreza, o con carencia material o con baja intensidad en el empleo. Así, se define la población en riesgo de pobreza o exclusión social como aquella que está al menos en alguna de estas tres situaciones:

- En riesgo de pobreza (ingresos por unidad de consumo por debajo del 60% de la mediana). Se construye con los ingresos del año anterior.

- En hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia de los ingresos, es decir, el año anterior a la entrevista).

- En carencia material severa (definida como la carencia de al menos cuatro conceptos de los nueve de la lista siguiente que se preguntan en la encuesta). Los nueve conceptos considerados son:

En la encuesta de Condiciones de Vida, los ingresos que se utilizan en el cálculo de variables como rentas y tasa de riesgo de pobreza corresponden siempre al año anterior.

La población en riesgo de pobreza o exclusión social es aquella que está en alguna de estas situaciones:

- En riesgo de pobreza (60% mediana de los ingresos por unidad de consumo).
- En carencia material severa (con carencia en al menos 4 conceptos de una lista de 9).

1. No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año.

2. No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días.

3. No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada.

4. No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 euros) .

5. Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses.

6. No puede permitirse disponer de un automóvil.

7. No puede permitirse disponer de teléfono.

8. No puede permitirse disponer de un televisor.

9. No puede permitirse disponer de una lavadora.

Según los resultados para estos nueve conceptos, se estima una distribución de la población en relación con su situación de condiciones materiales de vida.

- En hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia).

Los indicadores macroeconómicos son estadísticas que indican el estado actual de la economía de un estado según un área particular (industria, mercado de trabajo, comercio, etc.). Las instituciones gubernamentales y empresas del sector privado los publican regularmente en una fecha determinada

Definición de títulos de valores. El concepto de valor, en el terreno de las finanzas, alude al derecho de propiedad sobre una obligación o un título de crédito. Este valor está consignado en un documento, que otorga el ejercicio de un derecho autónomo y literal. ... Un título de valor se asocia a un valor específico.

Definición de títulos de valores - Qué es, Significado y Concepto
<https://definicion.de/titulos-de-valores/>

La inflación es el aumento generalizado y sostenido de los precios de bienes y servicios en un país durante un periodo de tiempo sostenido, normalmente un año. Cuando el nivel general de precios sube, con cada unidad de moneda se adquieren menos bienes y servicios. Es decir, que la inflación refleja la disminución del poder adquisitivo de la moneda: una pérdida del valor real del medio interno de intercambio y unidad de medida de una economía. Para medir el crecimiento de la inflación se utilizan índices, que reflejan el crecimiento porcentual de una 'cesta de bienes' ponderada. El índice de medición de la inflación es el Índice de Precios al Consumidor (IPC).

Eurozona o Zona euro. Es el conjunto de estados miembros de la Unión Europea que han adoptado el Euro como Moneda oficial (hasta ahora 16 Estados), formando así una Unión monetaria. Su creación data del 1 de enero de 1999. La autoridad monetaria que controla la eurozona es el Eurosistema. La autoridad económica y política reside en el Eurogrupo y en la Comisión Europea.
<https://www.ecured.cu/Eurozona>

La prima de riesgo es el sobreprecio que paga un país para financiarse en los mercados en comparación con otros países. De esta forma cuanto mayor es el riesgo país, más alta será su prima de riesgo y más alto será el tipo de interés de su deuda. Dicho de otra forma, la prima de riesgo es la rentabilidad que exigen los inversores (interés) a un país para comprar su deuda soberana en comparación con la que exigen a otros países.

Anexo 4: Sistemas de salud en el origen de las poblaciones estudiadas³

A continuación se describen las características más relevantes de los sistemas sanitarios de origen de las personas entrevistadas, tal y como estaban al inicio de este estudio en el año 2008, y teniendo en cuenta la relevancia o condicionamiento que ello puede tener en el acceso y uso del sistema español y andaluz.

Rumanía

³ A partir de Informe de trabajo interno. Luis Andrés López Fernández et al. en el marco del proyecto de investigación "El acceso a la atención en salud adecuada de la población inmigrante desde el punto de vista de las políticas y agentes implicados "número de Expediente PS09/01611

- **Características generales:** Modelo público nacional descentralizado de acceso abierto
- **Financiación:** a través de los impuestos de todos (los trabajadorxs) solidaria con las personas sin recursos.
- **Esquema organizativo:** Casa Nacional de Asegurados en Salud

Casas Provinciales (dirigidas por representantes de los asegurados y consejos de administración de los patronatos).

Atención Primaria con Centros de Salud

Atención Especializada con Hospitales, ambulatorios, etc

Acceso:

- A través de Tarjeta Sanitaria (ciudadanos y residentes) o Tarjeta Europea de Salud.
- El paciente escoge la casa de salud, centro médico y médico de cabecera.
- Para acceso a la atención especializada debe ser el médico de cabecera quien remita.
- Toda la ciudadanía tiene derecho de acceso a los servicios básicos y para las urgencias se puede hacer en cualquier centro de salud u hospital sin necesidad de presentar documentación.
- Existe la opción de seguro privado que puede ser complementario, suplementario o sustitutivo, pudiendo, en cada caso, cubrir parte o la totalidad de los gastos no cubiertos por el sistema público de salud.

Marruecos

- Características generales:
 - Sistema dividido en 3 sectores formales (público, público-privado no lucrativo y público-privado lucrativo) y 1 sector informal (medicina tradicional).
 - Alta diferenciación entre medio rural y urbano.

- Intento de crear seguro médico obligatorio para trabajadores y trabajadoras y seguro médico solidario para personas sin recursos. En la actualidad la mayoría de personas intenta conseguir atención médica para personas sin recursos.
 - El servicio público no es del todo gratuito; los pacientes tienen que aportar parte del material y en muchas ocasiones se le tiene que llevar la comida al paciente.
 - Las urgencias se pagan.
 - El trabajador con contrato y alta en seguridad social suele cotizar y también pagar una mutua de salud.
- Financiación:
 - Pública: la recaudación estatal a través de impuestos consigue el dinero para conseguir invertir el 5% del PIB. Ello representa el 21% de coste total en salud.
 - Empleadores: A través de planes de salud que compran para sus empleados y otro tipo de participaciones aportan una parte del total, alrededor del 19%.
 - Personas trabajadoras: las cotizaciones obligatorias de trabajadores/as (suelen ser retenidas por el empleador y enviadas directamente a los organismos competentes) junto con los pagos que realizan al monto de recibir el servicio (sea la totalidad del servicio o una parte – por ejemplo los bonos moderadores) son el grueso de la financiación de la salud, alrededor del 51%
 - Cooperación intencional: los montes pueden variar de un año a otro ya que dependen de la realización de proyectos específicos.
 - Prestamos: generalmente del Banco Mundial y la Banca Europa de Inversiones son usados para cubrir el faltante de la financiación prevista para salud.
 - Esquema organizativo: Red de establecimientos de Salud compuesta de:
 - Medio Rural:
 - Centro de Salud Comunal
 - Dispensario Rural
 - Módulo de Parto

- Hospital Local
 - Medio Urbano:
 - Centro de Salud:
 - Barrios Populares 30,000 hab.
 - Clase media 40,000 hab.
 - Clase media-alta y alta 90, 000 hab.
 - Red de Establecimientos Hospitalarios:
 - Policlínicas de Salud Pública (para más de 20,000 hab.)
 - Hospitales Provinciales
 - Centros Hospitalarios Regionales
 - Centros Hospitalarios Universitarios (donde existe facultad de medicina)
 - **Red de Estructuras de Apoyo:**
 - Laboratorios
 - Centros de Diagnostico
 - Centros de Referencia de Planificación Familiar
 - Institutos de Formación de Carreras de Salud
- **Acceso:** aún no se ha encontrado información específica sobre uso de tarjeta sanitaria o métodos de acceso a la atención especializada. La información consultada menciona constantemente la dificultad de acceso por falta de recursos y sobre todo en el ámbito rural debido, además de lo anterior, a la dispersión geográfica y precariedad infraestructural. El sistema descrito lleva a pensar en distintos procedimientos de acceso dependiendo del sector en que se reciba atención (público, privado, mutuas, etc.).

Bolivia

- **Características generales:**
 - Sistema dividido en sub-sectores (público, seguridad social, privado y medicina tradicional)

- El manejo y gestión de pagos de las infraestructuras de salud dependen de los gobiernos locales mientras que los RRHH dependen del ministerio de salud.
- **Financiación:**
 - Financiación gubernamental de alrededor del 11%
 - Aportes directos a las instituciones del Sistema Sanitario por parte de empleadores (empresas) y otros agentes de retención fiscal. Cerca del 35%
 - Gastos de los trabajadores/hogares (gastos directos en costes de operación o en cotización a mutuas, etc.) 46%
- **Esquema organizativo:**
 - Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Salud y Deporte
 - Red Nacional de Establecimientos de Salud (2167 establecimientos)
 - Centros de Atención de 3º nivel (2% de los establecimientos)
 - Redes de Salud Departamental (dependen del Ministerio de Salud en RRHH y del gobierno departamental en infraestructura y administración)
 - Redes de Salud Municipal (la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud – DILOS)
 - Centros de Atención de 1º nivel (93% de los establecimientos)
 - Centros de Atención de 2º nivel (5% de los establecimientos)
 - Los establecimientos de la Red Nacional están estructurados en sub-sectores:
 - Público (de acceso general pero enfocado prioritariamente en grupos vulnerables y no afiliados a la Seguridad Social; se suele pagar)
 - Nacional (Ministerio de Salud y Deporte)

- Departamental (Prefecturas Departamentales – responsable de la administración de RRHH en este sub-sector)
 - Municipal (Gobierno Municipal – responsable de administración de infraestructura y materiales médicos y equipos)
 - Seguridad Social (a corto plazo¹⁾
 - Formada por Cajas de Salud que dependen de la Unidad de Seguros a Corto Plazo del Viceministro de Salud y sus acciones son reguladas por el Instituto Nacional de Seguros de Salud.
 - Se cotiza un porcentaje del salario y se benefician el asegurado y familiares (cónyuge, hijos, padres y hermanos).
 - Instituciones Privadas e Iglesia
 - Asistencia prestada por la Iglesia Católica y por productores privados de salud
 - ONG's
 - Establecimientos que prestan servicios de Atención Primaria en Salud con recursos exteriores canalizados por ONG's (estas ONG tienen que haber firmado un convenio con el Ministerio de Salud y Deporte).
- Acceso
 - Afiliación a la Seguridad Social a corto plazo
 - Atención en el sector público de acceso abierto (se paga la consulta, exámenes, medicamentos, operaciones, curaciones, etc., mientras que el estado se ocupa de pagar los RRHH)
 - Accediendo a salud privada o establecimientos que presten servicios con financiación no gubernamental.

CAPÍTULO 2

Anexo 5

Total de documentos seleccionados para analizar de ámbito Estatal

Nº	NOMBRE
1	Constitución Española 1978
2	Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril de 1986.
3	Ley Orgánica 2/2009 es una reforma a la ley Orgánica 4 de 2000. Sobre derechos y Libertades de extranjeros en España y su integración social (versión modificada: LO 2/2009).

4	Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
5	Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
6	Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
7	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.
8	Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
9	Real Decreto 2393/2004
10	Real Decreto 203/1995
11	Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria
12	Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010
13	Plan de Calidad para el SNS 2010
14	Plan de atención y prevención de la violencia de género en población extranjera inmigrante 2009-2012
15	Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género
16	Protocolo Común Actuación sanitaria Violencia de Género
17	Estrategia de parto 2008
18	Plan estratégico de igualdad de oportunidades 2008-2011
19	III Plan de Acción para las personas con discapacidad 2009-2012
20	Plan de acción 2014-2016 de la Estrategia Española de la Discapacidad
21	II Plan Integral de Acción de Mujeres y Niñas con Discapacidad 2013-2016
22	Plan de acción para las personas mayores 2003-2007

23	Plan integral de apoyo a la familia 2015-2017
----	---

Anexo 6

Total de documentos seleccionados para analizar de ámbito Andaluz

	ANDALUCÍA
Nº	NOMBRE
1	Real Decreto 400/1984, de 22 febrero, por el que se regula, en su artículo 1º , el Traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Autónoma de Andalucía y se traspasan los correspondientes servicios e Instituciones y medios personales materiales y presupuestarios precisos para el ejercicio de aquéllas
2	Estatuto de Autonomía de Andalucía
3	Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía
4	Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.
5	Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.
6	Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

7	Orden de 9 de junio de 1999, por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
8	Orden de 27 de febrero de 2002, por la que se establece la efectividad del carácter individual de la libre elección de médico y sugestión por la base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
9	Circular sc8/99, de 3 de septiembre, Actualización del procedimiento para la acreditación del derecho de asistencia sanitaria y libre elección de médico.
10	II Plan Andaluz Sida 2010- 2015
11	III plan integral andaluz salud mental 2016-2020
17	II plan calidad Sistema Sanitario Andalucía 2005-2008
18	IV plan andaluz de salud 2013-2020
19	III Plan Integral Para Inmigración Andalucía HORIZONTE 2016
20	Evaluación del II Plan Integral Para Inmigración Andalucía 2006-2009
21	Plan Integral Tabaco 2005-2010
22	Plan andaluz de cuidados paliativos 2008-2012
23	II Plan integral de diabetes 2009-2013
24	Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2010
25	Plan integral de atención a la infancia
26	Evaluación externa del PIPIA (UNA PARTE)
27	Estrategia para la Seguridad del Paciente 2011-2014
28	Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas

29	Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía
30	Estrategia de Cuidados de Andalucía
31	Cuidarte. Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI
32	Plan andaluz de cuidados paliativos
33	Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía
35	Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Anexo 7: Guiones de entrevista

Guión 1: Guión de entrevista para la población migrante FASE 1

Anotar: Fecha, lugar de la entrevista, hora de inicio y de finalización, duración, edad, sexo, fecha de llegada a España, origen, población de residencia, formación, ocupación, situación administrativa, TSI

Búsqueda y utilización a los servicios de salud	
Barreras y facilitadores de la utilización	<p>¿Qué hace normalmente cuando tiene un problema de salud? ¿Por qué? ¿A qué servicio suele ir? ¿Por qué?</p> <p>Cuénteme como ha sido su experiencia con los servicios de salud cuando ha estado enfermo. Explorar también el uso preventivo de los servicios.</p> <p>¿Qué le facilitado la utilización de los servicios? ¿Cómo? ¿Por qué? ¿Cuándo acude al médico general? ¿cuándo acude al especialista/urgencias/hospitalización?</p> <p>¿Con qué dificultades se ha encontrado cuando intenta utilizar los servicios de salud? ¿Por qué? ¿Qué hace ante estas dificultades? ¿cuándo acude al médico general? ¿cuándo acude al especialista/urgencias/hospitalización? ¿Qué habría que mejorar? ¿Cómo?</p>
Factores relacionados con los servicios	<p>A partir de la experiencia en atención primaria y especializada, profundizar en la opinión sobre:</p> <p>...Obtención TSI, padrón, requisitos de los CAPs; tipos de TSI y uso de servicios</p> <p>...Servicios disponibles; Distancia a los servicios; Transporte</p> <p>...Horarios de atención de los servicios</p> <p>...Tiempo de espera; Trámites (petición cita, pruebas, cirugía)</p> <p>...Costes de los servicios</p>

	<p>¿Por qué? ¿Qué estrategias utilizó ante las dificultades? ¿Qué mejoraría? ¿Cómo?</p>
Calidad y continuidad	<p>¿Qué le parece la calidad de la atención que recibe? ¿Atención primaria? ¿Especializada? ¿Por qué? ¿Cómo se podría mejorar?</p> <p>Cuál es el profesional responsable del seguimiento de su enfermedad? ¿Siempre ha sido el mismo, en la AP, en la especializada? ¿Por qué? ¿Qué opina?</p> <p>A partir de la experiencia en atención primaria y especializada, profundizar en la opinión sobre:</p> <p>...Relación y trato (confianza, empatía, cortesía, diferencias culturales, discriminación)</p> <p>...Detección y resolución problemas</p> <p>...Participación en la toma de decisiones</p> <p>...Comunicación con los profesionales (comprensión mutua) e instrumentos de apoyo (mediación, materiales)</p> <p><i>(con el responsable de la enfermedad identificado, otros profesionales sanitarios, personal administrativo, celadores)</i></p> <p>¿Por qué? ¿Qué estrategias utilizó ante las dificultades? ¿Qué mejoraría?</p> <p>¿Le parece que el médico general y los especialistas que le han atendido colaboran entre sí? ¿Se coordinan? ¿Se comunican? ¿Por qué? ¿Qué habría que mejorar?</p> <p>¿Los médicos le recomiendan el mismo tratamiento? ¿Ha recibido alguna vez información contradictoria? ¿Qué opina? ¿Qué hizo en este caso?</p> <p>Cuando pasa de un centro (servicio) a otro (AH/AP) ¿le parece que en el otro centro tienen información de su historia clínica previa (antecedentes, medicamentos, exámenes realizados)? ¿Por qué? ¿Qué le parece? ¿Qué habría que mejorar?</p>
Factores relacionados con los usuarios	<p>A partir de la experiencia en atención primaria y especializada, profundizar en la opinión sobre:</p> <p>...Recursos económicos disponibles frente a los gastos de la atención; Condiciones laborales</p> <p>Familia/necesidad de ser acompañado; Apoyo comunitario/redes sociales</p>

	<p>... Conocimiento (derechos, funcionamiento del sistema, fuente de Información, evolución en el tiempo)</p> <p>... Necesidades de atención en salud; Percepción de salud/enfermedad; tratamientos caseros, automedicación.</p> <p>¿Por qué? ¿Qué estrategias utilizó ante las dificultades? ¿Qué mejoraría? ¿Cómo?</p>
	<p>¿Desde que llegó hasta ahora ha cambiado la manera de utilizar el sistema de salud? ¿Cómo? ¿Por qué?</p>
Conceptos	<p>¿Qué entiende por inmigrante? ¿y un extranjero?</p> <p>¿Qué entiende por acceso a los servicios de salud?; ¿Y por atención de calidad?</p> <p>¿Qué entiende por una buena coordinación entre los médicos?</p>

SUGERENCIAS PARA la profundización de los temas

Barreras y facilitadores de la utilización

Para profundizar en el comportamiento ante un problema de salud, buscar matices situacionales: ¿Cuándo está más o menos enfermo?; ¿Hace otras cosas, además de ir a los servicios de salud? ¿Recurre a tratamientos caseros?

Para profundizar en la trayectoria asistencial: Piense la última vez que se sintió enfermo y acudió al centro de salud, cuénteme como fue desde que se sintió enfermo [Que el entrevistado evoque, de uno en uno, los últimos momentos en los que necesitó ser atendido. Después si acaso, se complemente preguntando lo de los facilitadores y dificultadores. Además, así obtendríamos relatos de potenciales usuarios (pues un usuario puede haber sido dos veces usuario y uno potencial)

Factores relacionados con los servicios

¿Qué opina de los servicios de salud disponibles? ¿Por qué?

¿Qué le parece la distancia a su centro de salud Y al hospital?

¿Conoce los horarios de atención de los servicios (centro salud, hospital, urgencias...)? ¿Qué le parecen?

¿Qué opina del tiempo de espera?

¿Cómo le ha ido cuando ha tenido que pedir cita? ¿o hacerse pruebas?
¿hacerse una cirugía?

Factores relacionados con los usuarios

¿Cómo va hasta el centro de salud o el hospital?

¿Alguna vez no ha asistido o ha retrasado la cita al médico? ¿por qué?

¿Qué hay que mejorar para facilitar el uso los servicios?

Guión 2: Guión de entrevista para la población migrante FASE 2

- Fecha
- Lugar de la entrevista
- Hora de inicio y finalización
- Duración
- Edad
- Sexo
- Fecha de llegada a España
- Origen
- Población de residencia
- Formación
- Ocupación
- Situación administrativa
- TSI

Conocimiento de los cambios recientes en el sistema sanitario

- ¿Tiene algún conocimiento acerca de los cambios recientes en el Sistema Sanitario (a partir del RDL 16/2012 y otras medidas)?

- ¿Qué conoce al respecto?

- ¿Cuáles han sido las fuentes de dicha información?

1. ¿Ha percibido cambios en...

2. trámites, documentos y estrategias para obtener la TSI

Percepciones de

cambio en la entrada al sistema

3. información acerca de la entrada al sistema sanitario
4. consecuencias de no tener TSI?
5. ¿Ha obtenido recientemente (o le han retirado recientemente) su TSI?
6. En caso de afirmativo, ¿Cómo fue el proceso?
7. ¿Ha percibido cambios en...
8. Infraestructura física/equipos en los centros de atención

Percepciones de cambio en la entrada a los servicios

9. Servicios disponibles
10. Personal sanitario
11. Distancia a los servicios
12. Trámites (petición de cita, pruebas, cirugía)
13. Horarios de atención
14. Tiempos de espera (para consulta, frente a consulta, para pruebas/cirugía, en urgencias)
15. Pagos (por consulta, tratamientos)
16. ¿Ha cambiado (a partir del RDL 16/2012 y otras medidas) su valoración del acceso real a los servicios sanitarios?
17. ¿Ha percibido cambios (a partir de RDL 26/2012 y otras medidas) en...

Percepciones de cambio en la calidad

18. Detección y resolución de problemas
19. Relación y trato (empatía, cortesía, confianza)
20. Discriminación percibida?

de la atención
sanitaria

21. Comprensión mutua?

22. Participación en la toma de decisiones

23. Tiempo de consulta?

24. Herramientas de apoyo a la comunicación
(mediación, materiales)

25. ¿Ha cambiado (a partir del RDL 16/2012 y otras medidas) su valoración de la calidad de la atención sanitaria prestada por el sistema público?

26. ¿Ha cambiado recientemente su situación administrativa? ¿En qué sentido?

27. ¿Ha cambiado recientemente su situación laboral? ¿En qué sentido?

28. ¿Ha notado recientemente (últimos meses) algún cambio importante (a parte de la crisis) respecto al tiempo previo de estancia en España?

Cambio en factores
de entrada y acceso a
atención de calidad
relacionados con los
migrantes

29. ¿Ha habido algún recientemente algún cambio en sus redes familiares/sociales/de apoyo que afecte el acceso a los servicios sanitarios?

30. ¿Ha cambiado sus patrones de uso (frecuencia de asistencia, uso preferencial de un servicio, horarios habituales de asistencia, acompañamiento) de los servicios de salud (a partir del RDL 16/2012 y otras medidas)?

31. ¿Ha habido algún cambio en su proceso de aprendizaje del idioma (en caso de que no fuera su lengua materna) recientemente?

32. En caso de afirmativo, ¿considera que ha afectado (positiva o negativamente) su acceso a

los servicios de salud?

33. ¿Ha cambiado (a partir de RDL 16/2012 y otras medidas) su confianza/obediencia en los tratamientos proveídos por los profesionales del SSPA? ¿Por qué?

34. ¿Usa algún tipo de remedio casero, plantas medicinales u otros tratamientos en caso de enfermedad que no sean los recetados por los profesionales sanitarios? ¿En qué consisten?

35. ¿Es su uso reciente?

36. ¿Se ha modificado el uso dichos tratamientos alternativos (a partir del RDL 16/2012 y otras medidas*)?

Cambios percibidos en el contexto específico

37. ¿Ha percibido recientemente cambios en las condiciones de transporte (especialmente hacia los centros de atención sanitaria) en su entorno?

38. ¿Ha percibido cambios relevantes recientes en su entorno (social, laboral, económico, político)?

Cambios percibidos en la continuidad de la atención

39. ¿Ha percibido cambios (*) en los que equipos de profesionales que suelen atenderle?

40. ¿Ha cambiado (*)...

41. el sentimiento de confianza frente al sistema sanitario y sus profesionales.

42. la utilidad y/o efectividad de la información proveída por el sistema sanitario.

43. su sentimiento de pertenencia frente al sistema sanitario andaluz

44. su percepción de la adecuada coordinación/transferencia de su información

clínica entre los profesionales

45. su percepción del conocimiento que los profesionales tienen de sus necesidades en salud e historia clínica
46. su percepción del conocimiento que los profesionales tienen de sus creencias y valores
47. ¿Ha cambiado (*) el seguimiento que hacen los profesionales de sus problemas de salud?
48. ¿Ha cambiado (*) su oportunidad de acceso a otro nivel asistencial?
49. ¿Siente que (*) la atención sanitaria está menos adecuada a sus necesidades particulares?

Guión 3: Guión de entrevista para la población migrante FASE 3

Este guión fue diseñado para hacer grupos focales, en el caso de las entrevistas individuales se hizo una adaptación

Fecha:

Lugar del grupo focal:

Hora de inicio y de finalización:

Duración:

Objetivos del grupo focal:

Conocer la situación actual de las personas usuarios respecto al acceso que tienen a la sanidad pública y validar con ellos los resultados obtenidos en las dos fases de estudio anteriores.

Recoger aspectos de mejora y recomendaciones que hagan las personas que participan en el grupo.

Perfil sociodemográfico de los/as participante del grupo:

Nombre	Edad	Sexo	Fecha de llegada a España	Origen	Población de residencia	Formación	Ocupación	Situación administrativa	TSI

Guión de entrevista:

En primer lugar me gustaría que nos presentáramos y explicaros cuál es el motivo de esta reunión y que me dijerais si estáis de acuerdo en participar. Para ello, os voy a pasar un consentimiento informado que quiero que firméis. (LO LEEMOS Y FIRMAN). Al final o durante la presentación iré anotando algunos datos vuestros que me ayudarán a analizar la información. Estos datos y la información que me facilitéis es anónima y solo la emplearé para el objeto de estudio.

Percepción de salud y patrones de uso:

¿Qué percepción tenéis de vuestra salud?

¿Qué hacéis normalmente cuando tenéis un problema de salud? ¿Por qué?
 ¿A qué servicio soléis ir? ¿Por qué? Una vez allí, ¿qué opinión tenéis de la respuesta que obtenéis?

¿Ha cambiado esto desde que llegasteis a España?

¿Desde que llegó hasta ahora ha cambiado la manera de utilizar el sistema de salud? ¿Cómo? ¿Por qué?

Concepto de acceso y obtención de información.

¿Qué pensáis que es tener acceso al sistema sanitario?

¿Cuál es la fuente de información más habitual sobre este tema? ¿y sobre la utilización de los servicios?

¿Cómo recordáis los trámites para la obtención de la TSI? ¿Qué barreras os encontrasteis? ¿Y alguna cosa que os facilitara el trámite?

¿Qué diferencias esenciales recordáis de cuando no teníais TSI a cuando la obtuvisteis? (Pensando en acceso)

Entrada al sistema (explicar qué es la entrada al sistema)

¿Recordáis la primera vez que acudisteis a un centro sanitario en España?,
¿Recordáis cómo se regularizó vuestra situación? ¿Cómo lo recordáis?

¿Pensáis que las personas que llegan ahora lo tiene menos, igual o más difícil que vosotros entrar al sistema público de salud? Pensando en derecho a la asistencia.

¿Pensáis que ha mejorado o a empeorado el acceso al sistema? ¿Por qué?

¿Qué recomendaciones podríais hacer para que mejorara esto?

Búsqueda y utilización a los servicios de salud

Barreras y facilitadores de la utilización

¿Me podríais contar cuándo ha sido la última vez que fuisteis a un servicio de salud y por qué? ¿Os gustaría contarme algo de vuestras última experiencias en un servicio de salud? (Centro de salud/hospital/)

¿Qué elementos pensáis que os han podido facilitar la utilización de los servicios? ¿Cómo? ¿Por qué?

Cuando acudís al centro de salud

Cuando acudís al especialista/urgencias/hospitalización

¿Os habéis encontrado con alguna dificultad a la hora de acudir a algún servicio? ¿Por qué? ¿Qué hacéis ante estas dificultades?

Cuando acudís al centro de salud

Cuando acudís al especialista/urgencias/hospitalización

¿Qué habría que mejorar? ¿Cómo?

Factores relacionados con los servicios

A partir de la experiencia en atención primaria y especializada, profundizar en la opinión sobre:

¿Qué opina de los servicios de salud disponibles? ¿Por qué?

¿Qué le parece la distancia a su centro de salud Y al hospital?

¿Hay transporte para acudir a los centros? ¿Cómo lo hacéis? ¿Es fácil, asequible, frecuente,...?

¿Conocéis los horarios de atención de los servicios (centro salud, hospital, urgencias...)? ¿Qué os parecen?

¿Qué opináis del tiempo de espera?

¿Cómo os ha ido cuando habéis tenido que pedir cita? ¿o hacerse pruebas?
¿Hacerse una cirugía?

¿Qué estrategias utilizó ante las dificultades? ¿Qué mejoraría? ¿Cómo?

Factores relacionados con los usuarios

A partir de la experiencia en atención primaria y especializada, profundizar en la opinión sobre:

¿Cómo vais hasta el centro de salud o el hospital?

¿Alguna vez os ha supuesto un coste económico acudir a un centro sanitario?
¿Cómo lo habéis solucionado?

Familia/necesidad de ser acompañado; Apoyo comunitario/redes sociales

Conocimiento (derechos, funcionamiento del sistema, fuente de Información, evolución en el tiempo)

Necesidades en salud; Percepción de salud/enfermedad (Creencias)

¿Alguna vez no ha asistido o ha retrasado la cita al médico? ¿por qué?

¿Qué hay que mejorar para facilitar el uso los servicios?

¿Por qué? ¿Qué estrategias utilizó ante las dificultades? ¿Qué mejoraría?
¿Cómo?

¿Hay alguna cuestión importante que penséis que no hemos hablado?

Anexo 8: tablas informantes

Tabla 1 Informantes FASE 1

Nacionalidad Bolivia: Bo Marruecos: Ma Rumanía: Ru	Tiempo de permanencia en España (+3años o -3años)	Sexo (H/M)	EDAD	Fase trabajo de campo (Pre/Post)	Nivel de estudios (según clasif. INE)*1	Provincia donde residen Almería: Al Granada: Gr Sevilla:Se* 2	TSI (TSI/TSIn o/TSIpas /TSItem p)	Códigos
Boliviana	+3	H	25	PRE	Estudios técnicos profesionales 6	Sevilla	Sí	Bo+3PreH6SeTSI
Boliviana	+3	M	39	PRE	Técnico superior 8	Sevilla	Sí	Bo+3PreM8SeTSI
Boliviana	+3	M	48	PRE	Estudios secundarios 5	Sevilla	Sí	Bo+3PreM5SeTSI
Boliviana	+3	H	38	PRE	Bachiller 7	Sevilla	Sí	Bo+3PreH7SeTSI
Boliviana	+3	M	43	PRE	Decoración de interiores y 3 años de arquitectura 6	Sevilla	Sí	Bo+3PreM6SeTSI
Boliviana	+3	M	49	PRE	Tercero medio 5	Sevilla	NO (en trámite)	Bo+3PreM5SeTSIno
Boliviana	+3	H	32	PRE	Primero medio 5	Sevilla	Sí	Bo+3PreH5SeTSI
Boliviana	+3	M	30	PRE	Bachiller 7	Sevilla	Sí	Bo+3PreM7SeTSI
Boliviana	+3	M	22	PRE	Bachiller 7	Sevilla	No (en trámite)	Bo+3PreM7SeTSIno

Boliviana	-3	M	18	PRE	Estudios secundaria 5	Sevilla	sí	Bo-3PreM5SeTSI
Boliviana	-3	H	50	PRE	Estudios superiores 8	Sevilla	sí	Bo-3PreH8SeTSI
Boliviana	-3	H	25	PRE	Estudios superiores 8	Sevilla	sí	Bo-3PreH8SeTSI
Marroquí	+3	H	36	PRE	Sin estudios 3	Almería	Sí	Ma+3PreH3AITSI
Marroquí	-3	M	27	PRE	Estudios superiores 8	Almería	Sí	Ma+3PreM8AITSI
Marroquí	+3	H	32	PRE	Sin estudios 3	Almería	TSI	Ma+3PreH3AITSI
Marroquí	+3	M	39	PRE	Primaria 4	Almería	Sí	Ma+3PreM4AITSI
Marroquí	+3	M	36	PRE	Sin estudios 3	Almería	Sí	Ma+3PreM3AITSI
Marroquí	+3	H	22	PRE	Primaria 4	Almería	Sí	Ma+3PreH4AITSI
Marroquí	-3	M	40	PRE	Sin estudios 3	Almería	No TSI	Ma-3PreM3AI TSIIno
Marroquí	-3	M	35	PRE	Estudios secundarios 5	Almería	Sí	Ma-3PreM5AITSI
Marroquí	+3	H	61	PRE	Primaria (5) 4	Almería	Sí	Ma+3PreH4AITSI
Marroquí	+3	M	32	PRE	Primaria (6) 4	Almería	Sí	Ma+3PreM4AITSI
Marroquí	-3	M	19	PRE	Primaria (4) 4	Almería	Sí	Ma-3PreM4AITSI
Marroquí	-3	H	36	PRE	Sin estudios 3	Almería	Sí	Ma-3PreH3AITSI
Rumana	+3	M	-	PRE	Estudios superiores 8	Granada	TSI	Ru+3PreM8GrTSI
Rumana	+3	M	39	PRE	Bachillerato 7	Granada	Sí	Ru+3PreM7GrTSI
Rumana	-3	M	41	PRE	Estudios secundarios 5	Granada	sí	Ru-3PreM5GrTSI
Rumana	+3	M	26	PRE	Carrera universitaria 9	Granada	No	Ru+3PreM9GrTSIIno
Rumana	+3	M	30	PRE	Doctora 9	Granada	Sí	Ru+3PreM9GrTSI
Rumana	+3	M	29	PRE	Licenciatura 9	Granada	Sí	Ru+3PreM9GrTSI
Rumana	+3	M	30	PRE	Licenciatura 9	Granada	Sí	Ru+3PreM9GrTSI
Rumana	-3	H	45	PRE	Estudios técnicos profesionales 6	Granada	No tsi	Ru-3PreH6GrTSIIno

Rumana	+3	M	18	PRE	Estudios técnicos 6	Granada	TSI	Ru+3PreM6GrTSI
--------	----	---	----	-----	---------------------	---------	-----	----------------

Tabla 2. Informantes FASE 2

Nacionalidad Bolivia: Bo Marruecos: Ma Rumanía: Ru	Tiempo en España (+3años o -3años)	Sexo (H/M)	Edad	Fase trabajo de campo	Nivel estudios (según clasif. INE)*1	Provincia donde residen Almería: Al Granada: Gr Sevilla:Se*2	TSI (TSI/TSIno/TSIpas/TSItemp)	Códigos
Rumanía	-3años	M	42	POST	Bachiller 7	Granada	TSI pasivo	Ru-3PostM7GrTSIpas
Rumanía	+3años	M	40	POST	Bachiller 7	Granada	TSI	Ru+3PostM7GrTSI
Rumanía	+3años	M	31	POST	Licenciada 9	Granada	TSI	Ru+3PostM9GrTSI
Rumanía	+3años	M	29	POST	Master 9	Granada	TSI	Ru+3PostM9GrTSI
Rumanía	+3años	M	27	POST	Licenciada 9	Atarfe	TSI	Ru+3PostM9GrTSI
Rumanía	+3años	M	31	POST	Doctorada 9	Granada	TSI	Ru+3PostM9GrTSI
Rumanía	+3años	M	32	POST	Doctorada 9	Armillá	TSI	Ru+3PostM9GrTSI

Rumanía	-3años	M	48	POST	Secundaria 5	Granada	TSI	Ru-3PostM5GrTSI
Marruecos	+3años	H	34	POST	4º ESO 5	Las Norias	TSI	Ma+3PostH5AITSI
Marruecos	+3años	H	22	POST	5º Primaria 4	Las Norias	TSI temporal	Ma+3PostH4AITSItemp
Marruecos	+3años	H	34	POST	Bachiller 7	San Agustín	TSI temporal	Ma+3PostH7AITSItemp
Marruecos	+3años	M	30	POST	Licenciada derecho 9	San Agustín	TSI	Ma+3PostM9AITSI
Marruecos	+3años	H	36	POST	Sin Estudios 3	San Agustín	TSI	Ma+3PostH3AITSI
Marruecos	-3años	M	28	POST	Primaria 4	Venta del Viso	TSI	Ma-3PostM4AITSI
Marruecos	+3años	H	27	POST	Bachiller 7	Venta del Viso	TSI	Ma+3PostH7AITSI
Marruecos	+3años	H	37	POST	Sin Estudios 3	Santa María del Águila	TSI	Ma+3PostH3AITSI
Marruecos	+3años	H	39	POST	Sin Estudios 3	Santa María del Águila	TSI	Ma+3PostH3AITSI
Marruecos	+3años	M	40	POST	Primaria 4	San Agustín	TSI temporal	Ma+3PostM4AITSItemp
Marruecos	+3años	M	40	POST	Sin Estudios 3	San Agustín	TSI	Ma+3PostM3AITSI

Bolivia	+3años	H	39	POST	Bachiller + Técnico tornero mecánico 8	Coria del Río	TSI	Bo+3PostH8SeTSI
Bolivia	+3años	M	48	POST	Cursos técnicos en decoración de interiores y contabilidad 8	Coria del Río	TSI	Bo+3PostM8SeTSI
Bolivia	+3años	H	53	POST	Licenciado odontología 9	Sevilla	TSI	Bo+3PostH9SeTSI
Bolivia	+3años	M	38	POST	Licenciada Magisterio + Cursos salud y geriatría 9	Coria del Río	TSI	Bo+3PostM9SeTSI
Bolivia	+3años	M	51	POST	3º ESO 4	Coria del Río	TSI	Bo+3PostM4SeTSI
Bolivia	+3años	M	50	POST	1º ESO 4	Coria del Río	TSI	Bo+3PostM4SeTSI
Bolivia	+3años	M	41	POST	Técnico superior 8	Coria del Río	TSI	Bo+3PostM8SeTSI
Bolivia	+3años	H	27	POST	Doctorando 9	Sevilla	noTSI	Bo+3PostH9SeTSIno

Tabla 3: Informantes Fase 3

Origen	Sexo	Edad	Fecha de llegada a España	Fase trabajo de campo	Población de residencia	Formación	Situación administrativa	TSI	Códigos
Marruecos	M	20	Nacida en España	Validación	Vícar	Bachillerato en estudio	regular	sí	MaValM7AITS
Marruecos	M	35	1990	Validación	Vícar	Bachiller	regular	sí	MaValM7AITS
Marruecos	M	23	2005	Validación	Vícar	Grado superior de transporte	regular	sí	MaValM6AITS
Marruecos	M	39	1990	Validación	Vícar	Bachiller	regular	sí	MaValM7AITS
Marruecos	H	41	2004	Validación	Vícar	Diplomado en enfermería	regular	sí	MaValH9AITS
Marruecos	H	63	1983	Validación	Vícar	4ºESO	regular	sí	MaValH6AITS

Rumanía	M	36	1999	Validación	Alhendín (Granada)	Doctora	nacionalidad española	sí	RuValM9GrTSI
Rumanía	M	43	2003	Validación	Granada	Bachiller	residencia	sí	RuValM7GrTSI
Rumanía	M	45	2005	Validación	Granada	F.P.	residencia	sí	RuValM8GrTSI
Rumanía	H	52	2011	Validación	Granada	F.P.	residencia	sí	RuValH8GrTSI
Bolivia	H	50	2005	Validación	Coria del Río Bda. Gutierrez Pérez	3º Eso	nacionalidad	Sí	BoValH6SeTSI
Bolivia	M	43	2005	Validación	Coria del Río	licenciatura	nacionalidad	Sí	BoValM9SeTSI
Bolivia	H	20	2016	Validación	Coria del Río	bachillerato	Nacionalidad	sí	BoValM7SeTSI
Bolivia	M	50	2006	Validación	Coria del Río	Técnica administrativa	Nacionalidad	Sí	BoValH8GrTSI
Bolivia	H	44	2006	Validación	Coria del Río	Técnico Medio	Permiso de residencia	sí	BoValH8GrTSI

*1

1. Analfabeto por problemas físicos o psíquicos; **2.** Analfabeto por otras razones; **3.** Sin estudios; **4.** Estudios primarios o equivalentes; **5.** Enseñanza general secundaria, 1er ciclo; **6.** Enseñanza Profesional de 2º grado, 2º ciclo; **7.** Enseñanza general secundaria, 2º ciclo; **8.** Enseñanzas profesionales superiores; **9.** Estudios universitarios o equivalentes

*2

Granada -ámbito urbano-, Sevilla -ámbito peri-urbano- y El Ejido -ámbito rural-.

Anexo 9: Resultados comparativos para discusión

Para la discusión de los resultados, se ha realizado un exhaustivo análisis comparativo entre los 3 periodos. Para ello, se han empleado las siguientes tablas explicativas:

- Tabla comparativa de resultados de 3 periodos global. (Tabla1)
- Tabla de resultados comunes en los 3 periodos. (Tabla2)
- Tabla con las diferencias entre los 3 periodos. (Tabla3)
- Tabla con resultados diferentes 3er periodo de validación. (Tabla4)

TABLA 1

Tabla comparativa de resultados de 3 periodos_global.		Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3
Bloque 1: Acceso al sistema sanitario				
Entrada al sistema	Hay poco conocimiento sobre el sistema y su funcionamiento	✓	✓	
	El conocimiento que hay del sistema es debido a la experiencia acumulada.			✓
	La falta de información como barrera	✓		✓
	Fuerte vinculación del acceso al sistema sanitario a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), no tener la TSI se considera una barrera.	✓	✓	✓
	Personas sin TSI o TSI pasiva miedo a cobro y no atención.	✓	✓	✓
Provisión de información de entrada al sistema	Familia y red social como principales fuentes de información, basada fundamentalmente en el "boca a boca".	✓	✓	✓
	Emergen los medios de comunicación, sobre todo, la televisión.		✓	
	poca información desde las instituciones	✓	✓	✓
	Aparece por primera vez un portal web institucional como fuente de información			✓
	Conocimiento asociado a seguridad y tranquilidad	✓	✓	✓

	El desconocimiento genera miedo y creencia de pérdida de acceso al sistema		✓	✓
	Las personas de origen boliviano son las que aparecen como mejor informadas (fuerte tejido asociativo y fuentes institucionales consolidadas como por ejemplo el consulado)	✓	✓	
	Hay un cambio significativo en la importancia del tejido asociativo de dos de los colectivos. El colectivo boliviano fuertemente asociado e informado hasta el momento pierde esta vinculación por motivo de retorno de ciudadanos de esa nacionalidad a sus países o por cambio de residencia por motivos laborales. El colectivo marroquí gana fuerza en el asociacionismo e información.			✓
	El colectivo rumano sigue funcionando de forma individualizada, la información sigue llegando de forma personal, o por redes de amistades en la mayoría de los casos.			✓
Trámites para la obtención de la TSI	Trámites y requisitos de obtención TSI se percibe en general como un proceso sencillo, salvo alguna excepción concreta.	✓		
	Los trámites, en general, se hacen a través de una solicitud en el Centro de Salud, como beneficiario de un familiar, a través de alguna organización, principalmente Cruz Roja.	✓		✓
	Se habla de los trámites de TSI en pasado			✓
Bloque 2: Acceso a los servicios sanitarios				
Entrada a los servicios	TSI elemento fundamental	✓	✓	✓
	Mejora el acceso con TSI pasivo		✓	

	No tener TSI puede generar cobros o desvío en el acceso al sistema (urgencias)	✓	✓	
	Aparecen dificultades de acceso a los servicios en los tres colectivos	✓	✓	
	La información sobre la entrada a los servicios proviene de fuentes familiares y de red social, las redes sociales fuente emergente	✓	✓	✓
	El acceso a los servicios aparece con menor complicación en los tres colectivos			✓
	papel de las asociaciones y ONG como fuentes principales de información	✓		
Volumen y distribución de los Servicios	disminución de infraestructuras y equipos, sobre todo según las personas bolivianas y rumanas		✓	
	disminución de la plantilla en Atención Hospitalaria, falta de sustituciones en Atención Primaria y reducción de descuentos aplicados a los medicamentos (esto último según personas marroquíes y rumanos)		✓	
	Disminución el discurso de falta de infraestructuras y equipos.			✓
	Se habla de aumento de número de Centros de Salud.			✓
Accesibilidad física a los servicios	La percepción sigue siendo que los centros de salud son más cercanos que los hospitales	✓	✓	✓
	Relación directa entre la distancia y el gasto	✓	✓	
	Relación directa entre la distancia y el gasto, aunque el mayor énfasis se hace en la distancia en tiempo de llegada a centros hospitalarios.			✓
	El transporte público se considera insuficiente	✓	✓	
La accesibilidad organizativa o	Entrada por urgencias por las dificultades asociadas a las citas	✓	✓	✓

entrada a los servicios	Entrada por urgencias por recomendación de los propios servicios		✓	
	la dificultad en interpretación que se hace del RDL por parte de profesionales y pacientes, lo que genera los diferentes profesionales genera variabilidad en la atención		✓	
	Desaparecen prácticamente las alusiones a dificultad de entrada debido al RDL 16/2012.			✓
Horarios de atención	Dificultad por falta de consultas en horario de tarde (en el primer periodo se interpreta como demanda y en el segundo como recorte)	✓	✓	✓
	Incompatibilidades del horario de atención con trabajo o familia	✓	✓	
	Reducción de horas de atención.		✓	
Tiempos de espera	Percibido como uno de los principales hándicaps del sistema.	✓		✓
	Ha empeorado, sobre todo en el servicio de urgencias.		✓	
	Impacto en la salud.	✓		✓
	Reorientación de AP al servicio de urgencias.	✓	✓	
	Parece que empeora notablemente la espera a pruebas diagnósticas y las derivaciones a atención especializada.			✓
Pagos por consultas, medicinas o tratamientos	Miedo a pago por medicamentos o por facturación por la consulta	✓	✓	
	Agravamiento de accesibilidad a medicamentos por las condiciones económicas de las personas entrevistadas y por la salida o modificación de financiación de algunos medicamentos		✓	✓
	Pagos relacionados como el transporte, gestiones por terceros, documentos, etc.	✓		✓
	Persisten las creencias y afirmaciones de la limitación			✓

	del servicio que ofrece la sanidad pública. A partir de cierto punto se relatan experiencias de pago.			
Bloque 3: Factores relacionados con la condición o situación de las personas entrevistadas				
Factores que relacionan acceso y condiciones o situaciones en las que se encuentran las personas entrevistadas	Relación entre el trabajo y la asistencia sanitaria: problemas de falta de tiempo, la incompatibilidad de horarios o los permisos laborales necesarios.	✓	✓	✓
	El desempleo se percibe como la principal barrera para la atención sanitaria	✓	✓	✓
	Los recursos económicos afectan, pero no determinan el acceso a la atención sanitaria.	✓		✓
	En general, el contexto social, económico, político y laboral ha empeorado.		✓	✓
	La situación administrativa se relaciona con la facilidad o dificultad de acceso	✓	✓	✓
	Se enfatizan más la importancia del idioma en la mejora del acceso y el trato que se recibe en los centros sanitarios		✓	✓
Miedos y percepciones de dificultad de acceso	la publicación del RDL 16/2012 y la aplicación de algunas reformas a nivel estatal, hacen que se centre en la situación administrativa de las personas el acceso efectivo o no a la atención sanitaria		✓	✓
	El miedo se vincula frecuentemente a la situación administrativa irregular.		✓	✓
	El miedo a no recibir atención médica genera el dejar de acudir a los servicios.	✓	✓	✓
La familia y las redes sociales	Facilitadoras para el acceso y la obtención de atención sanitaria, así como para hacer frente a barreras como la del idioma		✓	✓
	El retorno de algunas personas a causa de la crisis económica		✓	✓

	ha generado pérdida de red social.			
Patrón de uso	En general, se acude poco a los servicios sanitarios, cuando la dolencia es ya severa y a urgencias.	✓	✓	✓
	Urgencias: consecuencia de larga espera para obtención de cita en AP	✓		✓
	Urgencias: duda de si tienen derecho o no a la asistencia sanitaria		✓	✓
	Abandono de acudir a servicios: por dificultades en el trámite, miedo a no ser atendidos o por alguna experiencia negativa anterior	✓	✓	✓
	RDL 16/2012: el desconocimiento y la variabilidad en su interpretación como barrera de acceso.		✓	✓
Percepciones culturales	las personas marroquíes y rumanas creen más en la medicina occidental mientras que las personas bolivianas combinan ésta más con la medicina tradicional	✓	✓	✓
	auto-tratamiento farmacológico para problemas leves en los tres colectivos	✓	✓	✓
Percepción de discriminación en el entorno del sistema de salud	Hay comentarios de percepción y experiencia de discriminación en los tres colectivos y trato desigual hacia personas autóctonas y personas migrantes, y a personas en situación administrativa regular e irregular.	✓	✓	✓
	Discursos de no discriminación	✓	✓	✓
	Importancia de la exclusión de las personas migrantes de la atención sanitaria que podría tener consecuencias en la prevención y detección temprana de algunas enfermedades.		✓	✓

TABLA 2

Tabla de resultados comunes en los 3 periodos.		Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3
Bloque 1: Acceso al sistema sanitario				
Entrada al sistema	Fuerte vinculación del acceso al sistema sanitario a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), no tener la TSI se considera una barrera.	✓	✓	✓
	Personas sin TSI o TSI pasiva miedo a cobro y no atención.	✓	✓	✓
Provisión de información de entrada al sistema	Familia y red social como principales fuentes de información, basada fundamentalmente en el "boca a boca".	✓	✓	✓
	poca información desde las instituciones	✓	✓	✓
	Conocimiento asociado a seguridad y tranquilidad	✓	✓	✓
Bloque 2: Acceso a los servicios sanitarios				
Entrada a los servicios	TSI elemento fundamental	✓	✓	✓
	La información sobre la entrada a los servicios proviene de fuentes familiares y de red social, las redes sociales fuente emergente	✓	✓	✓
Accesibilidad física a los servicios	La percepción sigue siendo que los centros de salud son más cercanos que los hospitales	✓	✓	✓
La accesibilidad organizativa o entrada a los servicios	Entrada por urgencias por las dificultades asociadas a las citas	✓	✓	✓
Horarios de atención	Dificultad por falta de consultas en horario de tarde (en el primer periodo se interpreta como demanda y en el segundo como recorte)	✓	✓	✓
Bloque 3: Factores relacionados con la condición o situación de las personas entrevistadas				
Factores que relacionan acceso y condiciones o	Relación entre el trabajo y la asistencia sanitaria: problemas de falta de tiempo, la incompatibilidad de horarios o	✓	✓	✓

situaciones en las que se encuentran las personas entrevistadas	los permisos laborales necesarios.			
	El desempleo se percibe como la principal barrera para la atención sanitaria	✓	✓	✓
	La situación administrativa se relaciona con la facilidad o dificultad de acceso	✓	✓	✓
Miedos y percepciones de dificultad de acceso	la publicación del RDL 16/2012 y la aplicación de algunas reformas a nivel estatal, hacen que se centre en la situación administrativa de las personas el acceso efectivo o no a la atención sanitaria	✓	✓	✓
La familia y las redes sociales	El miedo a no recibir atención médica genera el dejar de acudir a los servicios.	✓	✓	✓
Patrón de uso	En general, se acude poco a los servicios sanitarios, cuando la dolencia es ya severa y a urgencias.	✓	✓	✓
	Abandono de acudir a servicios: por dificultades en el trámite, miedo a no ser atendidos o por alguna experiencia negativa anterior	✓	✓	✓
Percepciones culturales	las personas marroquíes y rumanas creen más en la medicina occidental mientras que las personas bolivianas combinan ésta más con la medicina tradicional	✓	✓	✓
	auto-tratamiento farmacológico para problemas leves en los tres colectivos	✓	✓	✓
Percepción de discriminación en el entorno al sistema de salud	Hay comentarios de percepción y experiencia de discriminación en los tres colectivos y trato desigual hacia personas autóctonas y personas migrantes, y a personas en situación administrativa regular e irregular.	✓	✓	✓
	Discursos de no discriminación	✓	✓	✓

TABLA 3

Tabla con las diferencias entre los 3 periodos		Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3
Bloque 1: Acceso al sistema sanitario				
Entrada al sistema	Hay poco conocimiento sobre el sistema y su funcionamiento	✓	✓	
	El conocimiento que hay del sistema es debido a la experiencia acumulada.			✓
	La falta de información como barrera	✓		✓
Provisión de información de entrada al sistema	Emergen los medios de comunicación, sobre todo, la televisión.		✓	
	Aparece por primera vez un portal web institucional como fuente de información			✓
	El desconocimiento genera miedo y creencia de pérdida de acceso al sistema		✓	✓
	Las personas de origen boliviano son las que aparecen como mejor informadas (fuerte tejido asociativo y fuentes institucionales consolidadas como por ejemplo el consulado)	✓	✓	
	Hay un cambio significativo en la importancia del tejido asociativo de dos de los colectivos. El colectivo boliviano fuertemente asociado e informado hasta el momento pierde esta vinculación por motivo de retorno de ciudadanos de esa nacionalidad a sus países o por cambio de residencia por motivos laborales. El colectivo marroquí gana fuerza en el asociacionismo e información.			✓
	El colectivo rumano sigue funcionando de forma individualizada, la información sigue llegando de forma personas, o por redes de amistades en la mayoría de los casos.			✓
Trámites para la obtención de la TSI	Trámites y requisitos de obtención TSI se percibe en general como un proceso	✓		

	sencillo, salvo alguna excepción concreta.			
	Los trámites, en general, se hacen a través de una solicitud en el Centro de Salud, como beneficiario de un familiar, a través de alguna organización, principalmente Cruz Roja.	✓		✓
	Se habla de los trámites de TSI en pasado			✓
Bloque 2: Acceso a los servicios sanitarios				
Entrada a los servicios	Mejora el acceso con TSI pasivo		✓	
	No tener TSI puede generar cobros o desvío en el acceso al sistema (urgencias)	✓	✓	
	Aparecen dificultades de acceso a los servicios en los tres colectivos	✓	✓	
	El acceso a los servicios aparece con menor complicación en los tres colectivos			✓
	papel de las asociaciones y ONG como fuentes principales de información	✓		
Volumen y distribución de los Servicios	disminución de infraestructuras y equipos, sobre todo según las personas bolivianas y rumanas		✓	
	disminución de la plantilla en Atención Hospitalaria, falta de sustituciones en Atención Primaria y reducción de descuentos aplicados a los medicamentos (esto último según personas marroquíes y rumanos)		✓	
	Disminución el discurso de falta de infraestructuras y equipos.			✓
	Se habla de aumento de número de Centros de Salud.			✓
Accesibilidad física a los servicios	Relación directa entre la distancia y el gasto	✓		
	Relación directa entre la distancia y el gasto, aunque el mayor énfasis se hace en la distancia en tiempo de llegada a centros hospitalarios.			✓

	El transporte público se considera insuficiente	✓	✓	
La accesibilidad organizativa o entrada a los servicios	Entrada por urgencias por recomendación de los propios servicios		✓	
	la dificultad en interpretación que se hace del RDL por parte de los diferentes profesionales genera variabilidad en la atención		✓	
	Desaparecen prácticamente las alusiones a dificultad de entrada debido al RDL 16/2012.			✓
Horarios de atención	Incompatibilidades del horario de atención con trabajo o familia	✓	✓	
	Reducción de horas de atención.		✓	
Tiempos de espera	Percibido como uno de los principales hándicaps del sistema.	✓		✓
	Ha empeorado, sobre todo en el servicio de urgencias.		✓	
	Impacto en la salud.	✓		✓
	Reorientación de AP al servicio de urgencias.	✓	✓	
	Parece que empeora notablemente la espera a pruebas diagnósticas y las derivaciones a atención especializada.			✓
Pagos por consultas, medicinas o tratamientos	Miedo a pago por medicamentos o por facturación por la consulta	✓	✓	
	Agravamiento de accesibilidad a medicamentos por las condiciones económicas de las personas entrevistadas y por la salida o modificación de financiación de algunos medicamentos		✓	✓
	Pagos relacionados como el transporte, gestiones por terceros, documentos, etc.	✓		✓
	Persisten las creencias y afirmaciones de la limitación del servicio que ofrece la			✓

	sanidad pública. A partir de cierto punto se relatan experiencias de pago.			
Bloque 3: Factores relacionados con la condición o situación de las personas entrevistadas				
situaciones en las que se encuentran las personas entrevistadas	Los recursos económicos afectan, pero no determinan el acceso a la atención sanitaria.	✓		✓
	En general, el contexto social, económico, político y laboral ha empeorado.		✓	✓
	Se enfatizan más la importancia del idioma en la mejora del acceso y el trato que se recibe en los centros sanitarios		✓	✓
Miedos y percepciones de dificultad de acceso	El miedo se vincula frecuentemente a la situación administrativa irregular.		✓	✓
La familia y las redes sociales	Facilitadoras para el acceso y la obtención de atención sanitaria, así como para hacer frente a barreras como la del idioma		✓	✓
	El retorno de algunas personas a causa de la crisis económica ha generado pérdida de red social.		✓	✓
Patrón de uso	Urgencias: consecuencia de larga espera para obtención de cita en AP	✓		✓
	Urgencias: duda de si tienen derecho o no a la asistencia sanitaria		✓	✓
	RDL 16/2012: el desconocimiento y la variabilidad en su interpretación como barrera de acceso.		✓	✓
Percepción de discriminación en el entorno al sistema de salud	Importancia de la exclusión de las personas migrantes de la atención sanitaria que podría tener consecuencias en la prevención y detección temprana de algunas enfermedades.		✓	✓

TABLA 4

Tabla con resultados diferentes 3er periodo de validación		Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3
Bloque 1: Acceso al sistema sanitario				
Entrada al sistema	El conocimiento que hay del sistema es debido a la experiencia acumulada.			✓
Provisión de información de entrada al sistema	Aparece por primera vez un portal web institucional como fuente de información			✓
	Hay un cambio significativo en la importancia del tejido asociativo de dos de los colectivos. El colectivo boliviano fuertemente asociado e informado hasta el momento pierde esta vinculación por motivo de retorno de ciudadanos de esa nacionalidad a sus países o por cambio de residencia por motivos laborales. El colectivo marroquí gana fuerza en el asociacionismo e información.			✓
	El colectivo rumano sigue funcionando de forma individualizada, la información sigue llegando de forma personas, o por redes de amistades en la mayoría de los casos.			✓
Trámites para la obtención de la TSI	Se habla de los trámites de TSI en pasado			✓
Bloque 2: Acceso a los servicios sanitarios				
Entrada a los servicios	El acceso a los servicios aparece con menor complicación en los tres colectivos			✓
Volumen y distribución de los Servicios	Disminución el discurso de falta de infraestructuras y equipos.			✓
	Se habla de aumento de número de Centros de Salud.			✓

Accesibilidad física a los servicios	Relación directa entre la distancia y el gasto, aunque el mayor énfasis se hace en la distancia en tiempo de llegada a centros hospitalarios.			✓
La accesibilidad organizativa o entrada a los servicios	Desaparecen prácticamente las alusiones a dificultad de entrada debido al RDL 16/2012.			✓
Tiempos de espera	Parece que empeora notablemente la espera a pruebas diagnósticas y las derivaciones a atención especializada.			✓
Pagos por consultas, medicinas o tratamientos	Persisten las creencias y afirmaciones de la limitación del servicio que ofrece la sanidad pública. A partir de cierto punto se relatan experiencias de pago.			✓

