



**Universitat de les
Illes Balears**

**Títol: Impacte del Real Decret Llei d'abril de 2012
sobre la salut dels immigrants**

NOM AUTOR: Albert Xavier Matías Gost

DNI AUTOR: 41521892-S

NOM TUTOR: Dr. Andreu Bover Bover

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau d'Infermeria

Paraules clau *Accés, sanitat, immigrant, polítiques de salut, Espanya*

de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2013-2014

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

Impacte del Real Decret Llei d'abril de 2012 sobre la salut dels immigrants

Resum

En aquest treball s'analitza l' impacte que provoquen les polítiques sanitàries als immigrants. Degut a les darreres reformes en la sanitat a Espanya, en aquest treball parlem de com les diferents polítiques sanitàries condicionen la salut dels immigrants. Ens centrem amb el Real Decret Llei d'Espanya, però fem una petita referència a altres països com són els EEUU i Canadà. Ens introduïm en el tema explicant l'evolució de la immigració i explicant el RDL, per acabar parlant de les diferents maneres d'aplicar-lo dins Espanya i l' impacte que té sobre els immigrants.

Paraules clau

Accés, sanitat, Immigrant, polítiques de salut, Espanya.

Introducció

Amb les darreres modificacions de la llei sanitària, la població en general i més concretament els immigrants, s'han vist molt perjudicats amb el seu accés a la salut. Un dels primers casos que es va fer ressò, va ser el de la mort del jove Alpha Pam i es creu que va morir degut a les retallades sanitàries, ja que a l'Hospital d'Inca no se'l va atendre correctament. No se li van fer les proves complementàries, com demanava la doctora del Centre de Salut per aclarir el diagnòstic, ja que ell no tenia targeta sanitària i pocs dies després va morir. Quan vaig haver de triar tema per el TFG, vaig recordar aquest cas i vaig creure que seria interessant conèixer les limitacions que es troben els immigrants amb les noves lleis sanitàries i quin és l' impacte sobre la seva salut.

Immigració

Segons la RAE es coneix per immigrar, *el natural d'un país: arribar a un altre per establir-se a ell, especialment amb la idea de formar noves colònies o domiciliar-se en les ja formades* (RAE, 2014).

Segons Flores, des del moment en que es produïren les primeres immigracions o desplaçaments dels éssers humans, aquests varen ser deguts principalment a causes

naturals, com per exemple: la manca d'aliments d'un lloc, desastres naturals que impedièren el desenvolupament de les persones en un territori o la mateixa acció humana. Aquest mateix document ens ensenya com, aquests fets provocaven moviments entre diferents territoris de persones, intercanviant i convivint diferents ideologies, costums, races, posicions econòmiques, etc. És per això que aquestes migracions i immigracions han propiciat un desenvolupament global dins els diferents territoris, aportant nous coneixements i noves maneres de viure (Flores, 2009).

La població es mou

Flores (2009), ens diu que, en els darrers temps, l'economia ha estat un dels grans factors a l'hora d'afavorir la immigració. La gent emigrava cap a països en els quals hi havia una economia emergent, però no hem d'oblidar els moviments o desplaçaments de les persones cap a les grans ciutats (no confondre amb la immigració de les persones dins un mateix territori per anar del camp a la ciutat, que era més una emigració per falta de recursos) on és allà on veuen les grans oportunitats per al seu propi desenvolupament vital (Flores, 2009).

Segons Norredam (2011), la immigració s'ha vist potenciada per la globalització. En l'any 2005 les persones migrants van ser uns 191 milions, el que equival al 3% de la població mundial. Això ha suposat un augment de 121 milions en 45 anys. El 1995 el nombre de migrants internacionals dels països desenvolupats, va superar per primera vegada als migrants dels països en desenvolupament i el 2005, el 60% (115 milions) dels migrants del món vivia en els països desenvolupats (Norredam, 2011).

Aquests mateix autor comenta que avui dia els migrants es desplacen per diverses raons:

1. Per treball o estudis (amb permisos).
2. Per reunificació familiar.
3. Migrants forçats (incloent-hi els refugiats i sol·licitats d'asil).
4. Els immigrants irregulars, que entren en un país per treballar, sense els permisos necessaris.

Segons un document publicat per la CIA (Agència Central d'Intel·ligència), on hi podem veure la proporció d'immigrants per cada 1000 habitants de 222 països del món, Espanya es troba en la posició 19 amb un valor de 7.24 immigrants per cada 1000 habitants i és el cinquè país referent a la Unió Europea. Però aquest valor es va veure

incrementat entre el 2000 i el 2005, ja que es va arribar a una intensitat d'assentament anual d'uns 16.8 estrangers per cada 1000 habitants (Moreno & Bruquetas, 2011). En el mateix document de la CIA podem observar que, en altres països de la UE com França i Alemanya, aquesta proporció no arriba a l'1.1 immigrants, trobant-se a la 59 i 60 posició respectivament. En el cas dels EEUU, ens hem d'anar a la posició 40 amb 2.45 immigrants per cada 1000 habitants, encara que a nivell mundial són els EEUU els que tenen més immigrants (45 785 090 que constitueix el 19.8% del total d'immigrants a tot el món) (CIA, 2013).

Immigració a l'Estat espanyol

La immigració a Espanya és, des del 1990, un fenomen de gran importància demogràfica i econòmica. En els darrers 20 anys a Espanya segons l'INE, al juliol del 2013 residien a Espanya uns 4.8 milions de persones immigrants. Tot i això, durant el primer semestre del 2013, Espanya va registrar un saldo migratori negatiu (- 124.915 persones), això significa que van abandonar el país més persones de les que hi van entrar, produït per un descens de la immigració en un 11% i un augment de l'emigració d'un 10.7% (INE, 2013).

En la immigració espanyola, segons de Lera (1995), intervenen diversos factors que possibiliten aquesta:

- **Desenvolupament econòmic:** És el factor més important d'atracció migratòria que hi ha hagut a Espanya des del 1993. Basada en un creixement de la construcció i el turisme. Aquest fet ha provocat un requeriment, per part de l'economia espanyola, d'una gran quantitat de mà d'obra. En el 2005, el país havia creat uns 900.000 treballs nets, dels quals, prop d'un 40% va ser ocupat per estrangers.

- **La identitat cultural i lingüística amb Iberoamèrica:** El fet d'utilitzar la mateixa llengua que als països iberoamericans, d'on procedien el 19.35% dels estrangers que hi havia a Espanya l'1 de gener del 2013, és un important factor d'elecció pels migrants d'aquesta procedència.

- **La suavitat del clima, en el context europeu, i l'atracció pel model de vida:** Aquest factor provocava al 2013, que el 14.14% dels estrangers que hi havia a Espanya procedissin de l'Europa Occidental, especialment Regne Unit, concentrant-se en les regions insulars, Alacant i Màlaga. Molts d'ells són immigrants d'alt ingrés, jubilats,

treballadors a distància amb internet o que estableixen negocis, pel general relacionats amb l'hoteleria.

- **Proximitat geogràfica amb el continent africà:** Amb fronteres terrestres amb el Marroc, les Illes Canàries pròximes a l'oest africà i el propi Sud peninsular proper al Magreb han influït a l'arribada d'immigrants procedents d'aquest continent. La renda per càpita espanyola era, el 2001, dotze vegades superior a la d'un marroquí, així, la frontera hispano-marroquí és la més desigual en termes econòmics de tota la OCDE. El 15.11% dels estrangers censats a Espanya l'1 de juliol del 2013 procedien d'aquest continent, molt especialment del Marroc.

Determinants socials de la salut

Tal com diu la OMS (2014), els determinants socials de la salut són *“les circumstàncies en que les persones neixen, creixen, viuen, treballen, envelleixen, incloent el sistema de salut. Aquestes circumstàncies són el resultat de la distribució dels diners, el poder i els recursos a nivell mundial, nacional i local, que depèn a la vegada de les polítiques adoptades”*. Els determinants socials de la salut expliquen la major part de les iniquitats sanitàries, és a dir, de les diferències injustes entre els països amb el que respecta a la situació sanitària (OMS, 2014).

Dins els determinants de la salut hi podem trobar: determinants estructurals i intermedis. Els estructurals són aquells que generen estratificació o divisió social de classes en la societat, i defineixen la posició socioeconòmica individual dins les jerarquies de poder, prestigi i accés als recursos. Els principals determinants són: renda, educació, ocupació, classe social, gènere i raça/ètnia. També hi trobarem el Govern, les polítiques macroeconòmiques, les polítiques en l'estat del benestar, així com també els valors socials i culturals. La influència dels determinants estructurals en la salut no és directa, sinó el resultat de l'actuació d'una sèrie de factors intermedis com són les circumstàncies materials, circumstàncies psicosocials, factors fisiològics, aquells factors relacionats amb els estils de vida i el procés migratori (Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2012).

Segons Henández, Santaolaya i Campos (2012), el sistema de salut en sí constitueix un determinant de la salut, però per ell mateix no pot disminuir les desigualtats socials, encara que amb una igualtat en l'accés sanitari, una atenció proporcional a les

necessitats i amb el treball conjuntament amb altres sectors es pot aconseguir un efecte encaminat cap a l'equitat de la salut. A Espanya, amb el RDL de 2012, es suprimeix el sistema universal i gratuït, s'elimina el fet diferenciador que teníem amb altres països, com és el cas dels EEUU, produint una iniquitat en l'accés a l'assistència sanitària (Hernández, Santaolaya & Campos, 2012).

Política sanitària a Espanya

Per començar, ens orientarem un poc en el que ha estat la política sanitària a Espanya des de que es va instaurar la democràcia fins a temps actuals. En el document de Martín (2011), podem veure que un cop realitzada i aprovada la constitució de 1978, la llei general de sanitat de 1986 va iniciar el procés de transformació del sistema de seguretat social en un model tipus Sistema Nacional de Salut, definit en el seu article 44.2 com: el conjunt dels serveis de salut de l'administració de l'Estat i dels serveis de salut de les comunitats autònomes en els termes establerts en la present llei.

Els principis fonamentals d'aquesta llei són:

- Universalitat en l'accés.
- Descentralització en la gestió.
- Equitat en l'accés als serveis i prestacions.
- Financiació pública.
- Participació social.(Martín, 2011)

Així doncs, com ens diu Lema (2013), podríem dir que, des del 1986 a Espanya la sanitat havia estat universal, on es garantia una atenció per a tots els espanyols i ciutadans estrangers que tenien establerta la seva residència en el país, i els espanyols que es trobaven fora del territori espanyol també tenien garantit el dret a la salut per mitjà de convenis internacionals. A l'any 1989, es va ampliar la cobertura de l'assistència sanitària de la seguretat social a les persones sense recursos econòmics suficients (Real Decret 1088/1989) (Lema, 2013).

Més endavant, es va aprovar la Llei Orgànica 4/2000 sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social. En el seu article 12 regula el dret a l'assistència sanitària, de manera que aquells que es trobin inscrits en el padró del municipi en el que resideixen habitualment tenen dret a l'assistència sanitària en les

mateixes condicions que els espanyols, i aquells que es trobin a Espanya tenen dret a l'assistència sanitària pública d'urgència i a la continuïtat d'aquesta atenció fins a l'alta mèdica (Sevilla, 2006).

Al llarg dels anys es van anar fent petites modificacions del Sistema Nacional de Salut, però en cap cas es va arribar a les mesures tan dràstiques a les que hem arribat amb aquest Decret Llei de 2012. Amb aquest Real Decret de 2012, que segons el Govern, es va crear per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions, es varen adoptar una sèrie de mesures que varen suposar una transformació del Sistema Nacional de Salut. Una d'aquestes modificacions és que la sanitat torna a estar vinculada a la seguretat social, és a dir, a si la gent està assegurada o no (B.O.E., 2012).

Lema (2013) ens informa que, el Real Decret Llei 16/2012 modifica el règim del dret a la salut a Espanya i deixa sense cobertura sanitària gratuïta als immigrants en situació administrativa irregular. Aquest decret llei modificà la llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat a l'atenció sanitària que donava cobertura a tots els espanyols i estrangers, per passar a només garantir l'accés al SNS a aquelles persones que tinguin la condició d'assegurat. Ser assegurat vol dir:

- Ser treballador, afiliat a la seguretat social i en situació d'alta o assimilada a la d'alta.
- Ostentar la condició de pensionista del sistema de Seguretat Social.
- Ser percepció de qualsevol altre prestació periòdica de la Seguretat Social, incloses la prestació i el subsidi per desocupació.
- Haver esgotat la prestació o el subsidi per desocupació i figurar inscrit a l'oficina corresponent com demandant de treball, no acreditant la condició d'assegurat per qualsevol altre títol.

En aquest mateix article podem observar que els immigrants en situació irregular deixen de formar part del SNS i només podran accedir-hi si es troben en una de les següents situacions:

- En cas d'urgència per malaltia greu o accident, de qualsevol causa, fins la situació d'alta mèdica.
- En cas d'assistència a l'embaràs, part i post part.
- Els estrangers menors de 18 anys rebran assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols.

Com a conseqüència, després del decret llei, la sanitat passa de ser universal a estar

directament relacionada amb la situació laboral de cada ciutadà i exclou a totes les persones que estiguin en situació irregular dins el territori espanyol (Lema, 2013). A més, amb el nou Decret-Llei, la retirada de la targeta sanitària, i amb ella el dret a accedir a la sanitat pública, no només afecta a immigrants en situació irregular, també a joves majors de 26 anys que encara no hagin cotitzat a la Seguretat Social. A n' aquest treball farem una discussió de com ha afectat i afectarà el Real Decret-Llei 16/2012 a l'accés a la salut dels immigrants a Espanya, i explicarem la situació a les Illes Balears així com a la resta de l'Estat Espanyol.

Objectius

- Descriure les diferents polítiques d'accés al sistema sanitari que hi ha en l'àmbit internacional (Canadà i EEUU), Europa, Espanya i a les diferents CCAA.
- Conèixer com les diferents polítiques públiques d'accés als serveis de salut impacten en la salut dels immigrants.

Estratègia de cerca bibliogràfica

Per fer aquest treball s'ha fet una recerca bibliogràfica sobre els efectes que ha tingut el Real Decret-Llei 16/2012 sobre els immigrants a Espanya. Per fer aquesta recerca he utilitzat:

- Bases de dades:
 - Pubmed
- Metacercadors:
 - Web of science
 - Scielo
 - Google acadèmic
- Revistes electròniques:
 - British Medical Journal.

Com a paraules clau s'han utilitzat:

- Accés
- Sanitat
- Política de salut
- Immigrant
- Espanya

I com a operador Boleà s'ha emprat:

- AND

Tant en castellà com en anglès:

- Acceso/access
- Sanidad/healthcare
- Política de salud/Health policy
- Inmigrante/immigrant
- España/Spain

També s'han utilitzat filtres i límits per acotar la cerca:

- Textos en castellà i en anglès.
- Un limitador d'anys de publicació comprès en els darrers 5 anys.

A més, s'ha realitzat la cerca de Bolletins Oficials de l'Estat i documents en entitats com:

- L'Obra Social La Caixa
- Metges del Món

Resultats de la cerca bibliogràfica

Taula resultats

Article	Resultat
<i>How can the health equity impact of universal policies be evaluated?</i> Informe de la OMS (2010)	Aquest informe presenta arguments i estudis d'una reunió d'experts per aclarir la importància i reptes de les polítiques universals, i establir els possibles criteris d'avaluació de l' impacte de les polítiques universals de les iniquitats en salut.
<i>Health Care</i> Pàgina web governamental (Canadà)(2014) (http://www.cic.gc.ca/english/newcomers/after-health.asp)	Aquest document ens explica com està la sanitat en aquest país, quina és l'assegurança que hi ha, com funciona, que necessites per obtenir la targeta sanitària i a quins serveis pots accedir amb ella.
<i>Canada's health system (medicare).</i> Pàgina web governamental (Canadà) (2014)	Aquest document ens explica com funciona el programa d'assegurança nacional (medicare) i com es du a terme en els diferents territoris, són ells els encarregats de la gestió, organització i prestació de

<p>(http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index-eng.php)</p>	<p>serveis de salut pels seus residents.</p>
<p><i>Restrictions on undocumented immigrants access to the health services: The public health implications of welfare reform.</i> Article de la revista American Journal of Public Health (2003)</p>	<p>Aquest article ens parla del programa “Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act” (PRWORA) i ens explica com repercuteix sobre els immigrants i les restriccions que té, com aquestes posen en perill la salut pública i que es pot fer per protegir l’accés als serveis de salut.</p>
<p><i>Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe.</i> Article de la revista Health Policy (2012)</p>	<p>En aquest estudi podem veure una comparativa de les polítiques de salut dirigides als immigrants i remarca les diferències que es produeixen dins la comunitat europea en aquest aspecte.</p>
<p><i>Migration and health in an increasingly diverse Europe.</i> Article de la revista The Lancet (2013)</p>	<p>Aquest article ens parla dels aspectes fonamentals de la migració i la salut a Europa, així com també de la migració internacional, la salut dels immigrants, les barreres d’accés als serveis de salut i els mitjans per millorar la prestació dels serveis de salut als immigrants i les polítiques de salut dels immigrants que s’han adoptat dins Europa.</p>
<p><i>El peligro literal de la reforma sanitaria.</i> Document de Médicos del Mundo (2012) (http://www.medicosdelmundo.org/)</p>	<p>En aquest document ens expliquen una sèrie de casos d’immigrants amb patologies i els problemes que tenen per accedir al sistema sanitari. També ens explica les conseqüències de la retirada de la targeta sanitària. A part ens expliquen una sèrie de campanyes que es duen a terme per tal que les CCAA no adoptin mesures regressives en l’accés a la salut.</p>

<p><i>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.</i></p> <p>Document extret de http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf</p>	<p>Document que ens explica en que consisteix i perquè s'ha dut a terme el Real Decret Llei d'Abril de 2012 i exposa una sèrie de capítols i articles explicant les noves mesures que es duen a terme en la sanitat d'Espanya.</p>
<p><i>Consecuencias nefastas para la epidemia de virus de la inmunodeficiencia humana en España a raíz del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular: Ahorra hoy y pagarás mañana.</i></p> <p>Artículo de la revista Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. (2012)</p>	<p>En aquest article ens explica l'impacte que la nova llei provocarà en persones que pateixen VIH. Degut a les restriccions que tenen els immigrants, es podria produir un elevat contagi d'aquesta malaltia, la qual cosa duria a un cost més elevat.</p>
<p><i>Dos años de reforma sanitaria, más vidas en riesgo.</i></p> <p>Document de Médicos del Mundo (2014) http://www.medicosdelmundo.org/</p>	<p>En aquest document, Metges del Món, ens expliquen en que consisteix el RDL de 2012 i les repercussions de la seva aplicació. També ens explica les diferents maneres d'aplicar-lo segons la Comunitat Autònoma en la que ens trobem, així com també diferents casos d'immigrants davant l'accés al sistema sanitari.</p>
<p><i>Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: El caso de la infección por virus de la</i></p>	<p>Aquest article ens parla sobre: quins poden ser els efectes del RDL de 2012 sobre els immigrants amb VIH, la utilització dels serveis sanitaris on diu que els immigrants accedeixen menys als serveis hospitalaris, això du a que hi hagi un menor cost de</p>

<p><i>inmunodeficiencia humana.</i></p> <p>Article extret de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (2012)</p>	<p>recursos, fàrmacs i menys visites a l'atenció primària. Però això no lleva que es produeixi un major ús de les urgències per part d'aquest col·lectiu.</p>
<p><i>La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona.</i></p> <p>Article de la Gaceta Sanitaria (2011)</p>	<p>Aquest estudi pretén analitzar si hi ha diferències en la detecció i el control dels pacients diabètics entre immigrants i població autòctona de Catalunya.</p>
<p><i>Un año después de la entrada en vigor de la reforma sanitaria, más de 800.000 personas permanecen sin control médico en España.</i></p> <p>Document de Médicos del Mundo (2013)</p> <p>(http://www.medicosdelmundo.org/)</p>	<p>En aquest document hi podem trobar xifres de la gent que s'ha vist afectada pel RDL de 2012, així com també diferents campanyes dutes a terme per Metges del Món per fer conèixer aquest RDL. També hi podem veure el ressò que ha tingut aquest RDL a diferents medis estrangers com el Medical Bristish Journal.</p>

Discussió

Polítiques de salut

Per respondre al primer objectiu, començarem parlant de l'informe de la OMS (2010), on hi trobem que les polítiques universals es poden considerar importants determinants de la salut, aquestes són vistes com intervencions que tenen l'objectiu de millorar les conseqüències més amples dels determinants de salut. Segons Mike Kelly, *“Parlem de polítiques universals de dues formes molt diferents. En primer lloc, com un determinant de la salut, per lo tant, com a part de la base de proves, el que ens ajuda a entendre la relació entre els determinants de la salut i diferents resultats de salut. En segon lloc, parlem de les polítiques universals com accions per aminorar les pitjors conseqüències dels determinants més amples de la salut, i per suposat que són ambdues coses.”*

Aquestes polítiques tenen la capacitat d'exercir una gran influència en la salut i les iniquitats en salut, tant positives com negatives. Degut a que afecta a moltes persones,

és possible detectar un impacte significatiu en la població (OMS, 2010). En el món hi ha diverses polítiques de salut i depenent dels països tenen unes característiques o unes altres. A continuació, parlarem de com és la situació en l'àmbit de la salut a Canadà, ja que té un sistema de salut universal semblant al d'Espanya, però els immigrants, per accedir a la sanitat pública, han de sol·licitar la residència permanent. També analitzarem el cas dels EEUU, per comparar-ho amb un sistema de salut privat, on per ser atès es necessiten assegurances, ja siguin contractades per la pròpia persona o aportades per l'empresa on es treballa. També parlarem de la salut a dins Europa, especialment la situació que es viu a Espanya.

Polítiques internacionals

A la pàgina oficial del govern de Canadà hi podem veure que a Canadà, l'accés al sistema sanitari està regit per el Programa Nacional de Salut i hi poden accedir tots els ciutadans canadencs i aquells residents permanents. Aquest programa és conegut com Medicare, i és un Sistema Sanitari finançat a través d'impostos. Inclou les consultes mèdiques, atenció a urgències, hospitalització i alguns fàrmacs. L'atenció especialitzada no està inclosa, per això, molts canadencs opten per fer-se també una assegurança privada i així tenir una cobertura amb especialistes. El programa d'atenció de la Salut de Canadà, està compost de diversos plans d'assegurances de salut a nivell provincial i territorial, i són els Governos de cada província o territori els responsables de la gestió, organització i prestació (Canada health care system (medicare), 2010). Dins la mateixa pàgina del govern hi trobem que: tots aquests plans comparteixen certes característiques i normes comunes, però poden variar les tarifes dels impostos, la cobertura del pla o els requisits per poder-hi accedir. Per això, és necessari mostrar la targeta d'assegurança metge. Aquesta targeta es pot sol·licitar mitjançant un formulari que es troba als hospitals, organitzacions de serveis a l'immigrant, etc. És obligatori presentar una identificació personal, el certificat de naixement o passaport, o la confirmació de residència permanent.

A Canadà hi ha el Programa Federal de Salut Interí (Interim Federal Health Program o IFHP), del qual es poden beneficiar els aspirants a refugiats o persones refugiades, les quals puguin demostrar que no tenen mitjans per poder pagar les cures de la seva salut. És un programa temporal i normalment dura un any. Les persones que estan dins aquest programa, poden accedir a serveis hospitalaris, consulta amb metges i infermeres, i als

serveis de laboratori, diagnòstic i d'ambulància. Els fàrmacs i les vacunes estaran inclosos en el cas que siguin necessaris per prevenir o tractar una malaltia que suposi un risc per a la salut pública. Els immigrants, si volen accedir als serveis de salut i encara no tenen l'assegurança de salut, hauran de contractar una assegurança privada, la qual no cobrirà malalties preexistents, és a dir, malalties que ja es tenien abans d'arribar a Canadà encara que no haguessin estat diagnosticades mai, amb la qual cosa la persona no sabia de la seva existència fins a l'arribada a Canadà (Health care, 2012).

Un altre cas és el dels Estats Units, com diuen Cabo, Cabo i Roberto (2010), és l'únic país de l'Organització per la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) on no hi ha un sistema sanitari amb una cobertura universal. Degut a això, hi ha uns 45 milions d'habitants, que representen aproximadament un 15% de la població, sense cap tipus de protecció sanitària, fet que origina problemes en l'àmbit sanitari, social, econòmic i polític. A més a més, hem de dir que els EEUU és el país de l'OCDE i del món on hi ha una major despesa sanitària i una menor cobertura que la resta de països desenvolupats. Com ja hem comentat, als EEUU hi ha un 15% del total de la població sense cap assegurança concertada, un 55% de la població tenen una assegurança metge proporcionada per l'empresa on treballen, el 27% tenen una assegurança subvencionada per l'Estat i el 5% tenen contractada una assegurança mèdica privada. Els organismes públics dels EEUU s'encarreguen d'administrar els fons per oferir la cobertura sanitària, però no subministren l'atenció metge, farmacèutica o hospitalària al no tenir una reixa sanitària com els sistemes sanitaris o de Seguretat Social europeus (Cabo, Cabo & Roberto, 2010).

Segons la meva opinió aquestes polítiques afecten de manera molt directa a la salut de la població, i en especial a la salut dels immigrants que s'han trobat amb restriccions en un dret universal, com és el dret a la salut, en alguns països del món, i en altres se'ls ha reduït l'accés a l'atenció sanitària. En el cas dels EEUU i el Canadà, tenen polítiques sanitàries diferents però restrictives pel que fa als immigrants. Com que aquí a Espanya, fins fa dos anys, teníem una política sanitària universal, se'm fa impensable un altre tipus de política que no sigui aquesta, per això crec que aquestes polítiques, no són viables per garantir un benestar social adequat amb les noves corrents migratòries. Pel que fa als EEUU, sent la primera potència mundial i el país amb més immigrants del món, s'hauria de plantejar canviar la seva política sanitària, per convertir-la en més

permissiva i fer-ne una que englobes a més població independentment de la seva nacionalitat. Al país no només el sustenten les persones amb nacionalitat d'aquell país, sinó també totes aquelles persones que resideixen allà.

Política de salut a Europa

Segons Mladovsky, Rechel, Ingleby i Mckee (2012), els immigrants constitueixen una important i creixent proporció de la població europea: l'any 2009, un 4% de la població total de la Unió Europea eren ciutadans de països estrangers. Aquest augment de la població immigrant s'ha traduït en un creixement de l'atenció internacional a la salut de l'immigrant, la qual cosa crea la necessitat de que els sistemes s'adaptin de cada vegada més a poblacions més diverses. No obstant això, informes d'experts en polítiques de salut de 25 països d'Europa explicaven que a l'any 2009 només s'havien establert polítiques nacionals orientades a millorar la salut dels immigrants a onze països (Mladovsky, Rechel, Ingleby & Mckee, 2012).

L'any 2003, el Consell de la Unió Europea va establir unes normes mínimes relacionades amb l'atenció sanitària d'aquelles persones que sol·licitaven asil. Dins aquestes normes estava inclosa l'atenció d'emergència, el tractament bàsic de les malalties i assistència mèdica per aquelles persones amb necessitats especials. Així i tot, aquestes normes mínimes no es compleixen en molts dels estats de la Unió Europea.

Pel que fa als immigrants indocumentats, hi ha molts països d'Europa que restringeixen els drets d'accés als serveis de salut, ja que tenen la creença de que així descoratjaran l'ingrés de nous immigrants, amb la qual cosa no augmentarà el nombre de població immigrant. En canvi, en alguns països del Sud d'Europa on en les dues darreres dècades ha augmentat la immigració, com són Itàlia i Portugal, ofereixen una millor cobertura sanitària a aquells immigrants indocumentats en comparació amb els països més rics de l'Europa Central i del Nord on els seus antecedents d'immigració són més antics, com serien Alemanya, Suècia i el Regne Unit. L'any 2010, 9 dels 27 països que conformen la Unió Europea van eliminar el dret a l'atenció d'emergència als immigrants en situació administrativa irregular. Molts països de la UE cobren als immigrants irregulars els costos totals del seu tractament mèdic. Només a cinc estats de la Unió Europea (Països Baixos, França, Itàlia, Portugal i Espanya) es va oferir l'atenció d'emergència, juntament amb l'atenció primària i secundària. En el cas d'Espanya, això es va fer només fins l'any 2012, on va entrar en vigor el nou Real Dret-Llei que explicarem a continuació

(Rechel, Mladovsky, Ingleby, Mackenback & Mckee, 2013).

De cada dia més, els països de la UE tenen menor consciència social, ja que, a molts d'ells es nega el dret a la salut o posen moltes traves per accedir-hi als immigrants, que és un grup molt vulnerable de la societat. Com a excusa posen la situació de crisi en la que estem, però sempre es veuen perjudicats els que menys tenen, per això veig imprescindible que la societat es mobilitzi i que els governants prenguin consciència sobre aquesta temàtica.

Situació a Espanya

És molt difícil saber amb exactitud quina és la població real d'immigrants en situació irregular, però s'estima que hi ha entre 100.000 i 250.000 estrangers en situació administrativa irregular (Médicos del Mundo, 2012). Amb el RDL 16/2012 de "*mesures urgents per a garantir la sostenibilitat del SNS i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions*", els immigrants en situació administrativa irregular perden la seva targeta sanitària i el dret a accedir a la sanitat pública i només podran ser atesos en cas d'urgència, menors de 18 anys i dones embarassades. Això significa que hi ha més de 100.000 habitants amb risc de ser exclosos a l'atenció sanitària. A aquests, s'hi han d'afegir tots aquells residents als quals se'ls hi ha retirat la targeta sanitària, ja sigui per ser majors de 26 anys i no haver cotitzat mai a la seguretat social, o bé hagin passat 90 dies fora del territori espanyol (B.O.E., 2012). El RDL del 2012 suposa greus conseqüències per a la salut, ja que s'interrompen tractaments i seguiments de malalties, i per exemple, en casos com el tractament de càncer significa un empitjorament de la malaltia. També significa l'impossibilitat d'accedir a la medicina preventiva i de diagnòstic, degut a això hi haurà malalties que per la seva correcta evolució haurien de ser detectades de manera precoç, i si s'aconsegueixen detectar ja ho faran en estadis molt avançats. També hi ha el cas de malalties contagioses, com per exemple la tuberculosi, que si no es du un control sanitari adequat suposen un alt risc per a la salut pública.

En el cas del VIH, considerada malaltia crònica i transmissible, les conseqüències de deixar sense atenció sanitària als immigrants en situació irregular serien devastadores, ja que això duria a un augment de la morbimortalitat dels afectats per aquest virus. Un altre efecte, seria que es facilitaria el contagi, no només entre immigrants sinó també als altres residents, la qual cosa suposaria un augment de la despesa sanitària (Montaner,

2012).

Dins el document de *Médicos del Mundo* (2014), podem veure que: degut a que cada Comunitat Autònoma té les competències de sanitat, són elles les que al final decideixen com dur a terme el Real Decret-Llei, per això aquest és aplicat de diferents maneres a les CCAA i hi ha diferències pel que fa a l'atenció sanitària, donant uns serveis o uns altres als immigrants segons sigui la Comunitat Autònoma on estiguin. Hi ha 9 CCAA que han disposat mesures per proporcionar una Targeta Sanitària a persones immigrants en situació administrativa irregular sense recursos. En el cas d'Aragó, Canàries, Cantàbria Catalunya, Extremadura, Galícia i València s'han creat "programes especial" específics per el col·lectiu de persones no assegurades ni beneficiàries sense recursos. En canvi, a Andalusia i a Astúries s'ha reconegut el dret a l'atenció sanitària en condicions iguals a la resta de la població resident. També hi ha algunes CCAA que en lloc de poder aconseguir la Targeta Sanitària, han fet algunes excepcions que seran ateses a la sanitat pública. A Múrcia, seran ateses les persones amb malalties cròniques diagnosticades abans de l'aprovació del RDL (Abril 2012). A Madrid, a part de les malalties cròniques, afegeixen a les persones amb malalties mentals i malalties que suposen un risc per a la salut pública, A La Rioja i a les Illes Balears, no donen accés a la sanitat pública a persones immigrants "il·legals" amb malalties cròniques, però si a aquells immigrants amb malalties mentals i amb risc per a la salut pública amb diagnòstic d'abans d'Abril del 2012. Un dels casos que més m'ha cridat l'atenció a les Balears, és el del senegalès en situació administrativa irregular Alpha Pam, que va morir a conseqüència d'aquest RDL ja que degut a la seva aprovació, el jove no tenia assignat un metge de capçalera i el seu historial ja no constava a la base de dades (*Médicos del Mundo*, 2013). A Castella i Lleó, només es fa l'excepció de persones amb malalties que suposen un risc per a la salut pública. Finalment, l'única comunitat autònoma que aplica el RDL sense cap modificació ni excepció és Castella-La Mancha (*Médicos del Mundo*, 2014).

Penso que, el fet de no donar a totes les Comunitats accés sanitari als immigrants en situació administrativa irregular, fa que no es pugui tenir un control de l' incidència d'aquestes malalties, i es puguin transmetre sense control.

Les diferents formes d'aplicar el RDL a les diferents comunitats autònomes a Espanya, crec que augmenta el desconcert entre els professionals de salut i el personal d'administració, ja que a cada zona hi ha unes condicions d'accés. Aquest desconcert

també es veu augmentat per la desinformació que hi ha de com aplicar el RDL, i que els mateixos immigrants no coneixen totes les possibilitats d'accés que tenen.

En l'accés a la salut dels immigrants, el primer contacte que tenen ells és amb el personal d'administració. És aquest personal el que fa un "primer triatge" per a que les persones siguin ateses o no. És molt important, que el personal d'admissió conegui molt bé com funciona el RDL per tal de no cometre negligències negant l'atenció a persones que per llei han de ser ateses. En el cas dels professionals d'infermeria, i del personal mèdic tenen la darrera paraula sobre si s'ha d'atendre a algú o no, tot i que negar l'atenció a alguna persona va en contra dels codis deontològics d'infermeria i medicina. Si ens guiem pel codi deontològic d'infermeria, tots els professionals sanitaris o almenys els d'infermeria haurien d'atendre a tots els pacients, sense tenir en compte la seva condició com a ciutadà, i només veure'ls per la seva condició d'usuaris de la sanitat pública. Els professionals d'infermeria poden facilitar l'accés a l'atenció, evitar la facturació del material usat, facilitar l'accés al tractament i medicació, facilitar l'accés a proves i a l'atenció especialitzada.

Impacte de les polítiques de salut sobre els immigrants

Segons Magalhaes, Carrasco i Gastaldo (2009), els immigrants irregulars a Canadà es troben barreres que limiten o impedeixen que puguin rebre una atenció mèdica adequada: un d'aquests impediments és degut a llargues llistes d'espera que provoquen un retràs en l'assistència, això provoca deficiències en el tractament i un augment de la morbiditat i mala salut mental de les persones immigrants, una altra barrera és la negació a l'atenció que reben els immigrants en els serveis d'urgències dels hospitals. Per acabar, és important destacar l'aspecte econòmic, ja que els immigrants, a més de ser exclosos de la cobertura sanitària finançada amb fons públics, degut a la falta de recursos econòmics i a la seva precària situació legal són incapaços de contractar una assegurança privada (Magalhaes, Carrasco & Gastaldo, 2009).

En el cas dels EEUU, tal com diu Kullgren (2003), molts immigrants que arriben als EEUU ho fan amb malalties transmissibles, com són la tuberculosi o el VIH, i moltes vegades sense diagnosticar. Aquest fet, juntament amb la falta d'atenció que es troben al país (degut a les seves polítiques sanitàries) i la falta de les vacunes preventives bàsiques, no fan més que augmentar la mala salut. El desconeixement de l'idioma, el sistema sanitari i la por de ser trobats per les autoritats repercuteixen sobre l'estat de

salut dels immigrants. També veuen limitada la seva capacitat per accedir a l'atenció per falta d'una assegurança i dels recursos econòmics suficients per poder pagar aquests serveis (Kullgren, 2003).

Per mi, totes aquestes polítiques sanitàries creen un impacte negatiu sobre la salut dels immigrants, tant irregulars com no, ja que totes elles discriminen a les persones pel que són o tenen i no per ser usuaris del sistema de salut. Estic d'acord amb el que diuen Magalhaes, Carrasco i Gastaldo, ja que si aquest col·lectiu no té ingressos, serà incapaç de contractar una assegurança amb la que tenir una bona atenció sanitària. La meua opinió, sobre la sanitat als EEUU, és que una sanitat tan restrictiva té uns impactes molt negatius sobre la salut dels immigrants, i a la llarga, com explica Kullgren, pot arribar a afectar a la població en general.

A Espanya, segons Vázquez, Vargas i Aller (2014), els estudis sobre l'impacte en l'accés i la qualitat de l'atenció sanitària dels canvis derivats de les èpoques de crisis econòmiques són quasi inexistent, i els pocs disponibles, es centren a la població en general. En aquest mateix document hi podem veure que, encara que, en el moment de la seva arribada, els immigrants solen gaudir d'un bon estat de salut, aquesta població és més vulnerable a desenvolupar un pitjor estat de salut, degut a una major exposició a pitjors determinants socials de salut, com són la menor capacitat adquisitiva o condicions precàries de vida i de treball, condicions que encara solen ser pitjor en immigrants irregulars. Com diuen Vázquez, Vargas i Aller, les noves polítiques en salut, com és el RDL de 2012, pel que fa als immigrants irregulars, dificultarà el control de patologies cròniques, el diagnòstic precoç i el tractament adequat i oportú de malalties, així com la realització de les activitats preventives i de promoció de la salut. A més, davant l'absència de diagnòstic i tractament de les malalties infeccioses, segons Vázquez, Vargas i Aller, es dificultarà el seu control, amb lo que s'afavorirà la seva transmissió, la qual cosa podria traduir-se en un empitjorament de la salut del col·lectiu afectat i potencialment, de la població en general. Com a darrera anotació, el tancament de l'atenció primària com a porta d'entrada al sistema provocarà un major ús de les urgències, ja que és la única via d'accés permesa, amb un augment de costos pel sistema, que es podria haver evitat amb la promoció i prevenció de la salut que es du a terme en l'atenció primària (Vázquez, Vargas, & Aller, 2014).

Un d'aquests casos és el de les malalties contagioses, com per exemple la tuberculosi, que si no es du un control sanitari adequat suposen un alt risc per a la salut pública.

Amb l'VIH, considerada malaltia crònica i transmissible, les conseqüències de deixar sense atenció sanitària als immigrants en situació irregular serien devastadores, ja que això duria a un augment de la morbimortalitat dels afectats per aquest virus. Un altre efecte, seria que es facilitaria el contagi, no només entre immigrants sinó també als altres residents, la qual cosa suposaria un augment de la despesa sanitària (Montaner, 2012). Les dades existents sobre la proporció d'infectats en VIH en la població immigrant a Espanya està xifrat en torn del 0.2-5.6%, sent la més alta la corresponent a la població subsahariana (Pérez-Molina & Federico, 2012).

Dins la població immigrant, hi trobem un grup molt vulnerable, com és el de les dones. Amb l'aplicació d'aquest Real Decret-Llei es durà a terme l'exclusió del sistema sanitari de les dones immigrants sense permís de residència, cosa que farà que no puguin accedir als centres sanitaris imprescindibles per a detectar casos de maltractaments. També es tanca una de les vies per a la detecció de víctimes per a fins d'explotació sexual i altres fins (encara que en el RDL es contemplen aquests casos com una de les excepcions amb dret a l'assistència sanitària, però això només passarà si reben l'autorització de residència temporal).

Aquest RDL també tindrà un impacte sobre les persones amb malalties mentals, ja que un dels punts de detecció d'aquestes patologies són els centres de salut, amb la seva exclusió a ells, farà que aquestes malalties es diagnostiquin tard, la qual cosa suposarà un tractament més car i una difícil recuperació (Médicos del Mundo, 2014).

En el cas de malalties cròniques, com la diabetis, segons Soler-González, Serna, Cruz i López (2012), abans de l'aplicació d'aquest RDL, els immigrants duien un pitjor control d'aquesta malaltia envers a la població autòctona encara que els immigrants anaven a les consultes amb una freqüència igual que la població autòctona. Amb el RDL es produirà un impacte negatiu sobre aquestes persones, ja que al privar als immigrants amb aquesta patologia a l'atenció en els centres de salut on es puguin anar fent controls de la malaltia, farà que aquesta població controli encara menys aquesta patologia (Soler-González, Serna, Cruz & López, 2012).

Les darreres modificacions de les polítiques en salut a Espanya, van dirigides a aconseguir una estabilitat econòmica i no a aconseguir una millor sanitat, la qual cosa es traduiria en una millor salut de les persones. Aquestes polítiques sanitàries haurien

d'anar dirigides a les persones més desfavorides, les quals no es poden permetre una assegurança privada per assegurar-se una correcta atenció, com són els immigrants i les persones sense recursos econòmics. Aquesta austeritat en la sanitat, té conseqüències greus per a la salut, no només dels immigrants que no tenen accés a l'atenció sanitària, sinó que pot originar una problemàtica social en relació amb les malalties de declaració obligatòria, com son la tuberculosi, VIH, etc. Com hem pogut observar en el cas donat a l'hospital comarcal d'Inca amb l'immigrant Alpha Pam.

Els professionals d'infermeria poden facilitar l'accés a l'atenció, evitar la facturació del material usat, facilitar l'accés al tractament i medicació, facilitar l'accés a proves i a l'atenció especialitzada.

Per altra banda, a través de Metges del Món, es duen a terme campanyes per sensibilitzar a la població en general i als professionals sanitaris, sobre els efectes d'aquest RDL. És una bona manera de mostrar a la societat com funciona i que està passant, mitjançant l'explicació de casos reals de gent que ha patit les conseqüències del RDL, casos que van des de l'empitjorament d'una malaltia degut a la retirada del tractament i del seguiment, fins a la mort d'algun familiar o amic per no atendre'l als serveis d'urgències. Aquestes campanyes tenen molta difusió per internet.

Conclusió

L'aprovació del Real Decret-Llei 16/2012 va estar envoltada de polèmica ja que atempta contra el Dret a la Salut que tenen totes les persones, i deixa desemparats d'aquest dret a un col·lectiu amb molt de risc d'exclusió dins la societat. Amb aquest treball he pogut comprovar les conseqüències, en concret sobre els immigrants, d'aquests canvis legislatius (accés a la salut restringit, mal control de les malalties cròniques, augment de la incidència de les malalties de declaració obligatòria). També m'ha servit per tenir una visió més general, i poder-ho comparar amb la legislació sanitària de diferents països, i amb la situació en la que es troben els immigrants en situació administrativa irregular en aquests països, com és el cas dels EEUU on l'accés a la salut pels immigrants és molt més restrictiu que al nostre país i d'altres, com és el cas de Canadà, on les seves polítiques sanitàries són més semblants a les d'aquí. He arribat a la conclusió, que aquesta modificació sanitària, creada per fer un estalvi en la despesa sanitària, pot aportar un benefici econòmic a molt curt termini, però que a la llarga suposarà una despesa major ja que degut al mal control de certes malalties, es pot produir un contagi a la societat (on

no hi ha discriminació de immigrants o residents) que necessitarà dels serveis sanitaris. També, privant als immigrants de l'atenció primària, on es fa una promoció de la salut, i on hi ha un control de les malalties, especialment de malalties cròniques, suposarà un major ús dels serveis d'urgències per atendre exacerbacions d'aquestes malalties.

Tot hi així, crec que s'haurien de fer més estudis sobre aquest tema ja que, actualment hi ha pocs articles que parlin sobre l' impacte real d'aquest Real Decret, no obstant això, sí que n'hi ha que parlen sobre les possibles repercussions que pot tenir l'aplicació del RDL a llarg termini.

Aquesta nova normativa posa en un dilema ètic als professionals de la salut i als serveis d'admissió, ja que són ells els que han de decidir atendre o no a un immigrant que acudeix al servei d'urgències. Per millorar aquesta situació, crec que el primer que s'ha de fer és una conscienciació a la societat en general, i que aquesta vegi com el RDL pot afectar a tots per igual, encara que tengui un efecte més directe sobre la població immigrant. Si empoderem a la població, donarem les eines necessàries per que aquesta pugui decidir si es tracta d'una llei justa i equitativa per a tothom, i d'aquesta manera fer veure als polítics que estan sols davant aquestes mesures d'austeritat preses, com diuen ells, *“per a garantir la sostenibilitat del SNS i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions”*.

Annexes

Codi deontològic d'infermeria

CAPÍTULO II

Artículo 4

La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

CAPÍTULO III

Artículo 14

Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15

La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser el padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas.

Artículo 16

En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 22

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho. (Fornell, 2005)

Bibliografía

B.O.E. (2012). *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*. Recuperat: 04 d'abril 2014

[<http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>]

Cabo, J., Cabo, J., & Roberto, J. (2010). *Gestión sanitaria integral: Pública y privada (1ª ed.)*. Centro de Estudios Financieros.

Canada health care system (medicare). (2010). Recuperat: 21 de maig 2014

[<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index-eng.php>]

CIA. (2013). *The world factbook profile of global migration*. Recuperat: 22 de maig 2014 [www.cia.gov]

INE. (2013). *Cifras de población a 1 de julio de 2013. Estadística de migraciones. Primer semestre de 2013*.

Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2012). *Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Gaceta Sanitaria, 26 (2), 182.

de Lera, D. L. (1995). *La inmigración en España a fines del siglo XX. Los que vienen a trabajar y los que vienen a descansar*. Reis, 225-245.

Flores, J. A. (2009). *Migraciones modernas. Una oportunidad a la utopía*. Contribuciones a las Ciencias Sociales.

Fornell, B. (2005). *Bioética y enfermería en la España contemporánea*. Instituto para la consulta y especialización bioética, Universitat Internacional de Catalunya.

Health care. (2012). Recuperat: 22 de maig 2014

[<http://www.cic.gc.ca/english/newcomers/after-health.asp>]

Hernández, I., Santaolaya, M., & Campos, P. (2012). *Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. informe SESPAS 2012*. Gaceta Sanitaria, 26, 6.

Kullgren, J. (2003). *Restrictions on undocumented immigrants ' access to the health services: The public health implications of welfare reform*. American Journal of Public Health, 93 (10), 1630.

Lema, T. (2013). *La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular*. Eunomía. Revista En Cultura De La Legalidad, 5, 95.

Magalhaes, L., Carrasco, C., & Gastaldo, D. (2009). *Undocumented migrants in canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions*. Journal of Immigrant and Minority Health, 12 (1), 132.

Martín, J. J. (2011). *La sostenibilidad del sistema nacional de salud en España*. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (6), 2773.

Médicos del Mundo (2012). *El peligro literal de la reforma sanitaria*. Recuperat: 24 de maig 2014 [<http://www.medicosdelmundo.org/>]

Médicos del Mundo (2013). *Un año después de la entrada en vigor de la reforma sanitaria, más de 800.000 personas permanecen sin control médico en España*. Recuperat: 25 de maig 2014 [<http://www.medicosdelmundo.org/>]

Médicos del Mundo (2014). *Dos años de reforma sanitaria, más vidas en riesgo*. Recuperat: 16 d'abril 2014 [<http://www.medicosdelmundo.org/>]

Mladovsky, P., Rechel, B., Ingleby, D., & Mckee, M. (2012). *Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe*. *Health Policy*, 105(1), 1.

Montaner, J. S. (2012). *Consecuencias nefastas para la epidemia de virus de la inmunodeficiencia humana en España a raíz del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular: Ahorra hoy y pagarás mañana*. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 30 (8), 431.

Moreno, F. J., & Bruquetas, M. (2011). *Inmigración y estado de bienestar en España*. Obra social, Fundación La Caixa.

Norredam, M. (2011). *Migrant's access to healthcare*. *Danish Medical Bulletin*, 58 (10).

OMS. (2010). *How can the health equity impact of universal policies be evaluated?*

OMS. (2014). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperat: 06 de maig 2014

[www.who.int]

Pérez-Molina, J., & Federico, O. (2012). *Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: El caso de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 30, 472.

RAE. (2014). *Definición inmigrar*. Recuperat: 20 de maig 2014 [www.rae.es]

Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & Mckee, M. (2013). *Migration and health in an increasingly diverse europe*. *The Lancet*, 381 (9873), 1235.

Sevilla, F. (2006). *La universalización de la atención sanitaria: Sistema nacional de salud y seguridad social*. Fundación Alternativas.

Soler-González, J. R., Serna, C., Real, J., Cruz, I., & López, A. (2012). *La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona*. *Gaceta Sanitaria*, 27 (1), 19.

Vázquez, M., Vargas, I., & Aller, M. (2014). *Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014*. *Gaceta Sanitaria*, 28 (1), 142.