



**Universitat de les
Illes Balears**

¿Cómo impacta en la salud de los inmigrantes en España las últimas reformas de la política de acceso al Sistema Nacional de Salud?

M^a Pilar Canals Barceló

43175131-Z

Andreu Bover Bover

Memoria del Trabajo de Final de Grado

Estudios de Grado de enfermería

Palabras clave: inmigración, Real Decreto Ley, Acceso a la salud, determinantes sociales de la salud, impacto crisis económica

de la

UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

Curso Académico 2015/2016

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

Resumen

Introducción: La inmigración ha aumentado significativamente a escala mundial en las últimas dos décadas. A nivel nacional, la población inmigrante presenta una mayor vulnerabilidad ante cambios sociales y económicos. El más reciente, la implementación del Real-Decreto Ley 16/2012, puede haber afectado al acceso de la población inmigrante al sistema sanitario.

Objetivos: Revisar la bibliografía actual referente al mencionado Real-Decreto Ley, su implementación en las distintas Comunidades Autónomas y si se ha descrito alguna relación entre su implementación y la salud de la población inmigrante.

Materiales y métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline (Pubmed), Ebsco Host (Cinahl) y Cuiden.

Resultados: La implementación dispar del Real-Decreto Ley 16/2012 entre las Comunidades Autónomas ha añadido nuevos obstáculos para el acceso de los inmigrantes al SNS. Los pocos estudios a nivel local muestran que la implementación del Real-Decreto Ley 16/2012 no implica un ahorro en el gasto sanitario y aumenta el riesgo de exclusión social de los inmigrantes.

Conclusión: A pesar de la ausencia de estudios a gran escala, la implementación del RD-L en el territorio español ha conllevado graves desigualdades entre CCAA para el acceso de los inmigrantes irregulares al SNS. Aún más, es previsible que los efectos a medio y largo plazo de esta reforma legislativa impliquen un gasto mayor, debido al aumento de la incidencia de enfermedades de elevada morbilidad resultado, así como un aumento de ingresos hospitalarios por complicaciones agudas como resultado de la falta de detección temprana en atención primaria.

Abstract

Introduction: Migration has increased significantly worldwide during the last two decades. On a national level, immigrant population shows great sensibility to social and economic changes. Recently, the passing of the Royal-Law Decree 16/2012 may have a deleterious effect on the access of immigrants to healthcare.

Objectives: Review the current literature regarding the before mentioned Royal-Law Decree 16/2012, its application in the different autonomous regions and screen for any relation between the application and the health of the immigrant population.

Material and Methods: A bibliographical research was made in the databases of Medline (PubMed), Ebsco Host (Cinahl) and Cuiden.

Results: The differences amongst autonomous regions of the implementation of the Royal-Law Decree 16/2012 have added new obstacles for the access of immigrants to healthcare. The few local studies show that the implementation has failed to save on medical expenses and causes and increased social exclusion risk amongst immigrants.

Conclusion: Despite the absence of large scale studies, the acceptance of the Royal-Law Decree 16/2012 has caused great disparity amongst autonomous regions regarding immigrant access to healthcare. Moreover, middle and long term effects of this law may cause a higher burden on the healthcare budget due to an increased incidence of high morbidity diseases. Also, it will cause a higher rate of clinic admission due to acute complications that were undetected due to lack of primary healthcare.

Introducción

Los fenómenos migratorios no son ajenos al ser humano. Desde el seguimiento de los patrones migratorios de la caza o la búsqueda de climas más templados, pasando por los movimientos desde el agro hacia las urbes, los grandes movimientos de población han sido un elemento clave para definir a la humanidad. Sin embargo, esta tendencia se aceleró a partir del siglo XX, y se ha mantenido durante el siglo XXI. La caída de las potencias coloniales, las guerras mundiales y la globalización han sido los motores que promovieron las mayores migraciones durante el último siglo. La globalización, el aumento de la población mundial y la creciente interacción de las economías alrededor del globo han provocado que en el s XXI estos flujos migratorios se hayan convertido en una compleja interacción de diversos factores económicos, sociales y políticos. Sin embargo, la evidencia apunta a que, actualmente, la migración se ve motivada principalmente por motivos económicos(1).

Cuando hablamos de migraciones, o inmigrantes, es importante definir el concepto. Aunque existen diversas definiciones(1–3) del fenómeno migratorio, para el propósito de esta revisión se definimos migración como *“el desplazamiento de individuos con intención de cambio de residencia atravesando divisiones político-administrativas con el objetivo de buscar mejores oportunidades para la vida del individuo”*

La migración internacional ha crecido en volumen, alcance, complejidad e importancia demográfica en los últimos 20 años. Desde 1990, las corrientes migratorias internacionales se han vuelto cada vez más diversas, donde muchos países actúan simultáneamente como emisores, receptores y punto de tránsito de flujos migratorios. En 2013, el número de migrantes internacionales en el mundo alcanzó 232 millones,

cuando en 1990 eran 154 millones.(4). En el contexto de la Unión Europea, España ha sido uno de los principales receptores de inmigrantes en los últimos años, sólo por detrás de Alemania y Francia. La inmigración ha alterado el mapa étnico, social y cultural del país. Si a principios del siglo XXI apenas un 2% de la población era inmigrante, los últimos datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística indican que en el año 2015 que la población nacida en otro país representa aproximadamente el 10% de la población española.

La población inmigrante que está asentada en España puede ser clasificada en cuatro grandes grupos de acuerdo a su origen(5): ciudadanos de países miembros de la UE-15; ciudadanos de países desarrollados no pertenecientes a la UE (Estados Unidos, Noruega, Suiza, Japón, etc.); ciudadanos de los países de Europa del Este que se incorporaron a la UE a partir de 2004 (Rumania, Bulgaria, Polonia...); y ciudadanos en países en vías de desarrollo residentes en España (latinoamericanos, norteafricanos, asiáticos, etc.).

Estas categorías son importantes ya que agrupan a la población inmigrante no por divisiones geopolíticas, sino por sus determinantes sociales (inserción laboral, nivel educativo...) Esto permite especificar qué sectores de la población inmigrante son más vulnerables a fenómenos como las crisis económicas o reformas del sistema sanitario. Actualmente, las categorías tercera y cuarta son las que engloban la mayor parte de la población inmigrante en España, que en el imaginario colectivo de la sociedad española encajan bajo el epígrafe de “inmigrantes económicos”. Asimismo, estos grupos no están uniformemente distribuidos en el territorio. A grandes rasgos, su distribución refleja la geografía del desarrollo económico español, con un alto grado de concentración en la costa mediterránea (Valencia, Cataluña, Baleares y Murcia), así como en la Comunidad de Madrid.(5) Esta distribución ayuda a reforzar la idea de que el motor principal de la inmigración en España para amplios sectores de la población inmigrante ha sido económico. Las migraciones económicas, consideradas de carácter voluntario (aunque en muchas ocasiones no lo sean) se sustentan en la búsqueda de nuevas oportunidades de trabajo y mejores condiciones de vida que no se encuentran en los países de origen (6).

Para describir correctamente los efectos de acciones políticas, sociales y económicas sobre la población inmigrante, es fundamental entender el concepto de determinantes sociales de la salud. Se han desarrollado varias teorizaciones y propuestas de modelos explicativos acerca de la relación entre desigualdades sociales y salud. Nos centraremos

en la de Dahlgren y Whitehead(7) que proponen un modelo sobre los determinantes sociales de la salud ampliamente utilizado por la OMS denominado Modelo Socioeconómico de Salud.

Este modelo trata de representar la interacción de los determinantes sociales con la población en función de si son dependientes de acciones del individuo o si dependen del tejido social que le rodea.



En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales (no modificables) que afectan a su salud. Estos incluyen factores como la edad, el sexo o predisposiciones genéticas. A continuación encontramos el estilo de vida del individuo, el primero de los determinantes individuales que son posibles de modificar. A su vez, estos hábitos de vida individuales son influenciados por la comunidad y las redes sociales que rodean al individuo. Por último, los determinantes sociales fuera del alcance del individuo tienen que ver con las condiciones de vida (disponibilidad de agua y producción de alimentos, vivienda y servicios de atención de salud) y los condicionantes laborales (ofertas de trabajo, tasa de desempleo, ofertas de educación...) (7). Todos estos determinantes sociales afectan a la salud del individuo, y en el caso de la población inmigrante conspiran para generar la vulnerabilidad de este sector de la población a eventos que pertenecen a la esfera más externa de este modelo. La situación de la población inmigrante en España es un ejemplo paradigmático. Incluso durante la expansión económica del país (informalmente descrita entre 1995-2007), la población inmigrante ya presentaba determinantes sociales que les describían como un sector vulnerable. Entre ellos, cabe destacar la precariedad laboral, pues los sectores que absorbieron la mayor parte del volumen de trabajadores inmigrantes se caracterizaban por ser volátiles y ofrecer sueldos bajos. Además, muchos inmigrantes tenían problemas para regularizar su situación en el estado Español, así como conseguir prestaciones laborales completas.

Esto también afectaba al acceso de amplios sectores de la población inmigrante a una vivienda digna y les confinaba a áreas de exclusión social.

Todos estos factores conspiraban para afectaba directamente al uso de este sector de la población del sistema nacional de salud (SNS). Encuestas en fechas tan tempranas como 2004 y 2008 ya señalaban que la población inmigrante percibía que su acceso al SNS era más difícil que la población autóctona, lo cual fue refrendado por datos de uso de servicios de atención primaria, que resultaron ser menores en comparación con la población autóctona (5).

Con la llegada de la crisis económica en 2008, se hizo evidente que la población inmigrante iba a ser uno de los grupos sociales más afectados. Sin embargo, las reformas legislativas llevadas a cabo a partir del año 2012, en un contexto europeo de recortes en prestaciones sociales, son un factor añadido de inciertas implicaciones sobre la salud de este colectivo. Por tanto, el objetivo de esta revisión es ofrecer una visión clara del Real-Decreto Ley 16/2012, sus implicaciones para el acceso al SNS por parte de la población inmigrante y si las consecuencias sobre la salud y los determinantes sociales de la salud de la población inmigrante han sido analizados tras su implementación.

Objetivos:

Objetivo principal:

¿Cómo impacta en la salud de los inmigrantes en España la política de acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS) en España?

Objetivos secundarios:

¿Cuál es la política de acceso al Sistema Nacional de Salud en España y sus diferencias entre las Comunidades autónomas (CCAA)?

¿Cómo la políticas de acceso al SNS impacta en la salud de los inmigrantes en España, y que factores sociales explican la diversidad en el impacto dentro del colectivo?

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se ha realizado una revisión de bibliografía en las bases de datos de Medline (Pubmed), Ebsco Host (Cinahl) y Cuiden, usando las siguientes palabras claves: “Real Decreto-ley 16/2012”, “inmigrantes”, “impacto crisis económica”, “determinantes sociales de la salud” y “acceso sanitario”. O Keywords: “Royal Decree Law 16/2012”, “Immigrants”, “Social Determinants of Health “, “economic crisis impact” and “healthcare access”.

Esta búsqueda se amplió a través de la revisión de archivos y listas de enlaces en las páginas web consultadas.

Estas palabras clave se han combinado con los operadores booleanos: AND, OR y NOT.

Criterios de inclusión:

- Fecha de publicación: Del año 2009 al 2015.

Los artículos entre el año 2009-2012 fueron incluidos para tener perspectiva en la situación de la población inmigrante respecto al acceso al SNS con anterioridad a la implementación del RD-L.

Criterios de exclusión:

- Artículos de opinión con autoría individual.
- Formatos audiovisuales.
- Documentos publicados por partidos políticos.
- Artículos que no fueran accesibles.
- Seminarios y congresos de acceso restringido u obsoleto

Resultados

Respondiendo al primer objetivo, el Real Decreto Ley 16/2012 (RD-L)(8) que se aprobó en Abril del mismo año, presentado como unas “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”

Desde la administración se justificó como una medida indispensable para asegurar la viabilidad del SNS, aunque sin presentar estudio de beneficios económicos evidentes. Asimismo, se presentó como una medida necesaria para luchar contra el “turismo sanitario” y el uso fraudulento del SNS, particularmente de los servicios de atención primaria.

El punto más conflictivo de esta nueva ley es que sólo ampara a las personas que cumplen con las características de beneficiario o asegurados(5). Los asegurados son definidos como aquellas personas que cotizan a la seguridad social y los beneficiarios como aquellas personas que no cotizan a la seguridad social, pero que dependen directamente de un asegurado. Se establecieron una serie de excepciones como las urgencias por enfermedad grave o accidente hasta el alta médica, la atención primaria a los menores de dieciocho años, solicitantes de protección internacional (asilo y refugio), víctimas de trata que se encuentren en recuperación y las embarazadas en parto y postparto(9). Todos aquellos que no cumplieran estos requisitos quedarían sin asistencia sanitaria, que se estimó en unas 800.000 personas(10). Para este colectivo se creó una cartera básica de servicios del SNS, previo pago de una cuota anual de 710€ para los menores de 65 años y de 1.864€ para los mayores de dicha edad. Esta medida no se llegó a implementar por la complejidad de hacerla efectiva en un sistema sanitario descentralizado(5)

Otro aspecto conflictivo del RD-L era la anulación ,con fecha del 31 de Agosto de 2012, de las tarjetas sanitarias de todos los inmigrantes indocumentados, que se estimó afectaría a unas 160.000 personas(5). El grado de aplicación de esta medida varió en función de la administración de cada CCAA.

La implementación de este RD-L es responsabilidad de cada comunidad autónoma (CCAA), ya que según el Art.148.1.21 de la Constitución, éstas tienen sus propias competencias sanitarias. Sin embargo, la implementación del RD-L ha sido dispar entre las CCAA. Esta disparidad ha sido descrita(5) y analizada en dos informes(9,11) de la organización Médicos del Mundo. Dichos informes representan uno de los mayores

esfuerzos por comparar las diversas actuaciones de las CCAA en referencia a la implementación del RD-L, ya que analizaron la implementación tras tres meses y dos años tras la aprobación del RD-L. Estos informes se limitaron a las 12 CCAA en las que la organización tiene presencia, en forma de colaboradores voluntarios dentro del sistema sanitario. Por tanto, aunque incompleta, es una buena herramienta para describir el estado del acceso al SNS para la población inmigrante y así poder evaluar el determinante social de la salud que es el acceso al sistema sanitario español.

En los informes mencionados, se clasificó inicialmente a las CCAA en tres grandes grupos: Rojo, Verde y amarillo. El grupo Rojo establece el RD-L tal y como se estableció desde la administración central. El grupo Verde rechaza la aplicación del RD-L y pone en marcha alternativas para ampliar la cobertura sanitaria a colectivos desprotegidos. Y para finalizar el grupo amarillo es el que cumple con el RD-L pero ha creado unos procedimientos para poder atender a los inmigrantes en situación irregular más allá de los mínimos.

Las CCAA catalogadas con el color verde serían; Andalucía, Asturias, Cataluña y el País Vasco. En el otro extremo encontramos el grupo de color rojo, que cuando se creó el primer informe contaba con las comunidades de Aragón, Madrid, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Extremadura, La Rioja y Murcia. Finalmente en la categoría amarilla se encontrarían: Castilla y León, Valencia, Galicia y Navarra.

Dos años después algunas de estas comunidades modificaron la normativa del RD-L, añadiendo nuevos criterios de inclusión para proporcionar cobertura sanitaria a aquellas personas desamparadas por dicha normativa. Por ejemplo la comunidad de Madrid amplió sus servicios a aquellas patologías que pudieran crear un peligro de salud pública como sería la tuberculosis o el VIH. También estarían dentro de esta nueva cartera de servicios las personas que presenten una enfermedad mental y paciente con enfermedades crónicas que estuvieran en tratamiento antes del 31 de agosto de 2012.

Al igual que Madrid otras comunidades han ido adaptando su sistema de salud. Así como Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria y Murcia.

Solo según el último informe de médicos del mundo las CCAA de Castilla la Mancha, Extremadura y la Rioja han mantenido la normativa del RD-L así como se indicó desde la administración central en abril de 2012.

Podemos concluir este objetivo, con que hay una gran diversidad de actuaciones sobre el RD-L dependiendo de la CCAA de la que hablemos. Sin embargo todas estas actuaciones no han servido para paliar las desigualdades que la población inmigrante

sufre a la hora de acceder al SNS. Por tanto el determinante social de la salud de acceso a la sanidad presenta grandes disparidades entre CCAA debido a la implementación del RD-L.

Respondiendo al segundo objetivo, después de realizar la búsqueda como se menciona en los Métodos, solamente se ha encontrado un estudio de los efectos sobre indicadores de la salud de la población inmigrante tras la implementación del RD-L(12). Dicho estudio está restringido a una región de la CCAA de Cataluña, pero el tamaño muestral de personas en riesgo de exclusión (n = 1700) lo convierte en el único estudio disponible para el territorio español (Cabe comentar que un estudio similar fue realizado en Menorca, pero sus conclusiones fueron presentadas en un congreso y ya no eran accesibles). En este estudio, las conclusiones mostraron que los pacientes en riesgo de exclusión presentaban menor gasto farmacéutico y menor uso de los servicios de asistencia primaria y de urgencias. No obstante, la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas era superior en el grupo en riesgo de exclusión respecto a los no excluidos. En cuanto a los efectos de la crisis económica sobre la población inmigrante, solamente se ha encontrado un estudio(13) que analizó la percepción de la salud mental en una población de inmigrantes entre los años 2008-2011. En dicho estudio, se concluía que la salud mental de los trabajadores inmigrantes había empeorado desde el inicio de la crisis.

En cuanto al tercer objetivo, los artículos encontrados no referían explícitamente el análisis de determinantes sociales de la salud en la población inmigrante. En todo caso, realizan sugerencias basadas en los efectos documentados de las crisis económicas sobre el empobrecimiento general del estado de salud de la población(1,5,6). El único documento que ha intentado analizar un determinante social de la salud es un informe realizado por la Red Acoge(14), que se basó en un cuestionario realizado a una pequeña muestra (n=140) de inmigrantes que habían sido excluidos de la atención primaria tras la implementación del RD-L. En dicho informe, la inmensa mayoría de los participantes en la muestra (<90%) habían sido excluidos en base a ser inmigrantes en situación irregular, indicando que el RD-L era la causa directa de no poder acceder a la atención primaria.

Discusión

Desde el mismo momento de su anuncio, el RD-L despertó suspicacias y rechazo desde distintos organismos y agentes sociales. A nivel internacional, tanto la ONU(15) como la Unión Europea apuntaron que esta reforma legislativa infringía el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como la legislación internacional de los Derechos Humanos. Asimismo, la oposición al RD-L a escala nacional fue inmediata, con diversas organizaciones apuntando que este RD-L entraba en conflicto con el artículo 43 de la CE, que establece el derecho a la protección de la salud.

La oposición al RD-L no vino solo de organizaciones no gubernamentales, ya que diversas CCAA no sólo establecieron mecanismos para circunvalar los efectos de exclusión social, sino que activamente presentaron recursos de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional, aún pendientes de resolución(14).

Más allá de la heterogeneidad de la respuesta de las CCAA a la implementación del decreto, todas esas actuaciones han exacerbado las complicaciones de la población inmigrante al acceso a los servicios de atención primaria. Esto era debido a diferentes motivos según la CCAA, ya fuera aplicación estricta de las directrices del RD-L, o a la falta de información referente a los conflictos entre la regulación estatal y las acciones de las CCAA para contrarrestar los artículos del RD-L. Todo ello simplemente eleva la “barra de acceso” de los inmigrantes al servicio de atención primaria.

Otro aspecto discutible del RD-L es que no está apoyado en ningún estudio o previsión económica que justifique su concepción. La autora de esta revisión no ha encontrado ningún trabajo o estudio que sirviera de base para las motivaciones tras el RD-L. Sin embargo, si existe literatura que desmonta las justificaciones de la Administración para la implementación. Entre estas argumentaciones, podemos citar el ahorro de unos 500 millones de Euros en gasto sanitario, la lucha contra el abuso del sistema de atención primaria y evitar el turismo sanitario.

En contraposición, en la literatura se pueden encontrar artículos que ponen en duda el ahorro relacionado a la exclusión de parte de la población inmigrante del SNS, principalmente por la ausencia de una memoria económica que justifique el balance de gastos e ingresos resultante de la aplicación del RD-L(9,14). En cuanto a la lucha contra el abuso del sistema de atención primaria, varios artículos(5,6,16) han concluido que la población inmigrante utiliza los servicios de atención primaria y especializada en menor número que la población autóctona. Por último, el argumento del turismo sanitario no se

sostiene, al haberse demostrado que existen mecanismos europeos de compensación entre países miembros que permitirían al Estado el cobro de las intervenciones realizadas a ciudadanos europeos durante su estancia en España(1,5). El estudio realizado en la CCAA de Cataluña(12) ha servido para reforzar estos argumentos, cuantificando la baja incidencia en el gasto sanitario que implican la población en riesgo de exclusión debido al RD-L.

Desgraciadamente, a pesar del rechazo de organismos oficiales y asociaciones, y a la falta de argumentos sólidos que justifiquen su implementación, no se han realizado estudios exhaustivos de los efectos sobre la población inmigrante del RD-L, a nivel estatal, en cuanto a sus efectos sobre la salud o los determinantes sociales de la salud.

No obstante, es evidente que este nuevo marco legislativo sólo ha contribuido a exacerbar las desigualdades en el acceso a la sanidad entre las distintas CCAA(16), contribuyendo así a distanciar el SNS de la progresión hacia la tendencia a una cobertura universalista que venía marcando desde los años 90.

A pesar de la falta de datos sobre los efectos del RD-L sobre la salud o los determinantes sociales de la salud, sí que se ha intentado extrapolar los efectos de la implementación del RD-L sobre la población inmigrante en base a como la crisis económica afecta al total de la población española.

En este contexto, se ha apuntado que al partir los inmigrantes de una situación de vulnerabilidad social, previa a la implementación del RD-L y ya presente durante el período de expansión económica, se ha establecido la hipótesis de que ya haya habido un efecto negativo sobre la población inmigrante(6), resultado de la combinación de un acceso restringido al SNS debido al RD-L, combinado con el aumento de la precariedad laboral y el aumento de la tasa de desempleo(1).

Además del empobrecimiento de la población, incluyendo a los inmigrantes, la actual crisis económica ha llevado consigo otro fenómeno, un cambio de los hábitos de vida hacia prácticas más perniciosas, como un aumento del tabaquismo, el consumo de alcohol o dietas desequilibradas. En épocas anteriores a la crisis, la población inmigrante se caracterizaba por mostrar hábitos de vida más saludables que la población autóctona(17). Sin embargo, en el actual contexto de elevado desempleo, un porcentaje significativo de la población tiende a alimentarse de manera más precaria, lo que desemboca, a largo plazo, en un aumento de la incidencia de enfermedades relacionadas con estos hábitos poco saludables.

Si conjuntamos este abandono de hábitos saludables con el deterioro de otros determinantes sociales, se pueden realizar predicciones bastante sólidas de que la incidencia de enfermedades con elevada morbilidad (hipertensión, obesidad, diabetes, accidentes cardiovasculares...) unido a la mayor incidencia de enfermedades infecto-contagiosas característica de la población inmigrante(12) y a las evidencias previas al RD-L de que la crisis había incrementado la percepción de un estado mental alterado(13), queda claro el efecto deletéreo del RD-L sobre la salud y los determinantes sociales de la salud de los inmigrantes se prolongarán en el tiempo, incluso si el RD-L queda sin efecto a corto plazo. Se han publicado previsiones de que el efecto del RD-L en enfermedades de elevada morbilidad (como el VIH/SIDA) implicará poco ahorro de gasto sanitario y numerosas complicaciones en este segmento de la población(18).

Por último, existe un último riesgo que se ve incrementado por la implementación del RD-L. Con los flujos migratorios siendo cada vez más rápidos y ubicuos, unido a la alteración de los patrones climáticos, la transmisión y establecimiento de enfermedades tropicales y ecuatoriales en latitudes septentrionales se ha convertido en una posibilidad cada vez más real. Las recientes crisis de los virus Ébola y zika hacen evidente que los protocolos de detección temprana son fundamentales para proporcionar una respuesta rápida ante este tipo de eventos que, de no ser atendidos, podrían desembocar en epidemias.

En este contexto, el RD-L es un contratiempo en dichos mecanismos, debido a que aleja al sector de la población que es más probable que actúe como vector de transmisión de la enfermedad de los centros de nuestro sistema sanitario (los puntos de atención primaria) donde se establecen los protocolos de detección e intervención temprana.

Conclusión

La población inmigrante en España se encuentra en una encrucijada entre los efectos de la crisis económica sobre los diversos determinantes sociales de la salud (elevada tasa de desempleo, desaparición de la red social debido a la migración de retorno). La actual controversia sobre la implementación del RD-L es solo sostenida por la lentitud con la que se revierte su implementación. Se debe considerar probada la incongruencia en el objetivo de disminuir el gasto sanitario, mientras se dificulta el diagnóstico y tratamiento de enfermedades (diabetes, hipertensión, obesidad...) en atención primaria que, a medio-largo plazo, implicarán un gran gasto a las arcas públicas, tanto en la forma de un aumento de la morbilidad y mortalidad derivada de detección tardía de estas enfermedades como a un aumento de los ingresos hospitalarios resultado de la evolución a condiciones agudas derivadas de dolencias no controladas desde fases tempranas.

En la opinión de la autora, el impacto de este RD-L no se limitará a la población inmigrante, sino que causarán un empobrecimiento de la salud colectiva. Para poder evaluar el alcance del daño causado por la implementación del RD-L, se necesitarán estudios que impliquen el análisis en base a criterios sociales (quizás basados en las categorías de inmigración descritas anteriormente) y que evalúen la incidencia de las enfermedades mencionadas.

Bibliografía

1. Valero-Matas JA, Coca JR, Valero-Oteo I. Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. *Papeles de población*. 20(80):9–45.
2. Guzmán Castelo E. Definiciones y conceptos sobre la migración. In: Logros y retos del Frente Indígena Oaxaqueño Binacional: una organización para el futuro de los migrantes indígenas. 2002. p. 1–36.
3. León AM. Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Trab Soc*. 2005;(7):59–76.
4. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. La situación demográfica en el mundo, 2014. Informe conciso. 2014;38.
5. Moreno Fuentes FJ, Ferreira S de F. Inmigración, sanidad, crisis económica y politización de la inmigración en España. *REMHU Rev Interdiscip da Mobilidade Humana*. 2013;21(40):27–47.
6. 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*. 2013;28:142–6.
7. Palomino Moral PA, Grande Gascón ML, Linares Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev Int Sociol*. 2014;72(Extra_1):45–70.
8. Boletín Oficial del Estado. 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. 2012;
9. Cimas DM, Gullón P. Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo. Abril. 2014;
10. 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;7:121–30.
11. Médicos del Mundo. Semáforo de la aplicación de la reforma sanitaria a los tres meses de su entrada en vigor □. 2012.
12. Álamo-Junquera D, Sala N, Millet J-P, Ortega-Gutiérrez L, Planas-Giner A,

- Rovira C, et al. [Potentially excluded population from health coverage and health impact since Royal Decree 16/2012: The Central Catalonia experience]. *Aten primaria / Soc Española Med Fam y Comunitaria* [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 Feb 16];47(1):32–7. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001607>
13. Agudelo-Suárez AA, Ronda E, Vázquez-Navarrete ML, García AM, Martínez JM, Benavides FG. 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 [cited 2015 Oct 30];58(4):627–31. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23665911>
 14. ACOGE R. Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables. 2015.
 15. Sepúlveda M. Declaración Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la extrema pobreza y los derechos humanos [Internet]. 2014. Available from:
<http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14545&LangID=S>
 16. Lema Tomé M. La reforma sanitaria en España : Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular Health care reform in Spain : the situation of undocumented immigrant population. *Eunomía*. 2014;(5):95–115.
 17. Fernandes Custodio D, Ortiz-Barreda G, Rodriguez-Artalejo F. Diet, physical activity and other cardiometabolic risk factors in the immigrant population in Spain. A review. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(6):745–54.
 18. 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. Available from:
<http://www.elsevier.es/es/linksolver/ft/pii/90157735>