



INMIGRACIÓN, SALUD Y SANIDAD EN ESPAÑA EN UN CONTEXTO DE PANDEMIA

Roberta Perna

Universidad Complutense de Madrid

Francisco Javier Moreno Fuentes y Jorge Hernández Moreno

Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC)

Resumen

Desde el comienzo de la pandemia de la COVID-19 en los primeros meses de 2020, la importancia de proteger la salud de las personas migrantes ha sido ampliamente reconocida. Garantizar que todas ellas, independientemente de su situación administrativa, tengan acceso a la atención sanitaria ha sido identificada como una condición necesaria para responder de manera eficaz a la pandemia. Pese a que el derecho de acceso a la atención sanitaria a las personas migrantes ha sido ampliamente reconocido en España desde inicio de los 2000, importantes fluctuaciones en la definición y la aplicación de dicho derecho se han producido en las dos últimas décadas a rebufo de las profundas alteraciones sociales, económicas y políticas experimentadas en este período. El presente artículo revisa la evolución de las principales medidas destinadas a definir el acceso de la población de origen inmigrante al sistema sanitario público en España, analizando también la evidencia empírica disponible acerca de la evolución de las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria que afectan a las poblaciones inmigrantes en nuestro país.

Abstract

Since the outbreak of the Covid-19 pandemic in early 2020, the importance of protecting the health of migrants has been widely recognised. Ensuring that all immigrants, regardless of their administrative situation, have access to healthcare has been identified as a necessary condition for effectively dealing with the pandemic. Even though the right of access of immigrants to healthcare services has been broadly recognised in Spain since the beginning of the first decade of this century, there have been important fluctuations in the definition and application of that right in the last two decades in the wake of the major social, economic and political disruptions seen in that period. This paper reviews the evolution of the main measures aimed at defining immigrant access to the public healthcare system in Spain, and also analyses the empirical evidence on the evolution of inequality in access to healthcare that affect immigrant populations in our country.

1. Introducción

Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 en los primeros meses de 2020, la importancia de proteger la salud de las personas migrantes ha sido ampliamente reconocida. Garantizar que toda persona, independientemente de su situación administrativa en la sociedad en la que reside, tenga acceso a la atención sanitaria ha sido identificada como una condición necesaria para responder de manera eficaz a la propagación del virus (Orcutt *et al.*, 2020). En ese sentido, organismos internacionales tales como la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), o el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) han publicado recomendaciones para los gobiernos conminándoles a actuar de manera rápida y eficaz frente a las necesidades específicas de la población inmigrante (OMS, 2020; ECDC, 2020), y subrayando la necesidad de garantizar el acceso de todas las personas inmigrantes a la atención sanitaria y a las medidas de prevención, diagnóstico y contención del virus.

Sin embargo, la definición de la titularidad del derecho de las personas inmigrantes a la asistencia sanitaria en los países de destino sigue representando un tema controvertido para los responsables políticos, confrontando las cuestiones de la soberanía nacional y el control de fronteras con los regímenes internacionales de derechos humanos y los imperativos de salud pública (Ambrosini y van der Leun, 2015). Si bien el derecho a la atención sanitaria de las personas inmigrantes ha sido apoyado y legitimado desde diferentes perspectivas como la de los derechos humanos, la humanitaria, la de la justicia social, o la de la salud pública (Hall y Perrin, 2015), su reconocimiento puede entrar en conflicto con los objetivos de los Estados de limitar la «inmigración indeseada» y vincular el acceso a las prestaciones sanitarias a criterios de inclusión/exclusión como la ciudadanía o el empleo formal en el mercado de trabajo. Por consecuencia, la definición de las políticas que regulan el acceso a la atención sanitaria de las personas inmigrantes refleja de manera muy clara las tensiones que pueden surgir al vincular lógicas y objetivos potencialmente contradictorios que afectan simultáneamente a cuestiones relacionadas con la inmigración, la protección social, la soberanía nacional y la pertenencia a una determinada sociedad (Perna, 2020).

Pese a que el derecho de acceso a la atención sanitaria a las personas inmigrantes ha sido ampliamente reconocido en España desde inicio de los 2000, importantes fluctuaciones en la definición y la aplicación de dicho derecho se han producido en las dos últimas décadas a rebufo de las profundas alteraciones sociales, económicas y políticas que se han producido en este período. El presente artículo revisa la evolución de las principales medidas destinadas a definir el acceso de la población de origen inmigrante al sistema sanitario público en España, analizando también la evidencia empírica disponible acerca de la evolución de las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria que afectan a las poblaciones inmigrantes en nuestro país.

Al mismo tiempo que la pandemia ha revelado las consecuencias de las desigualdades sobre la sociedad española, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se vio confrontado a una serie de déficits, carencias y debilidades largamente incubados y que se han hecho especialmente visibles al situarse el sistema sanitario público en el epicentro de la batalla contra la enfermedad. La población de origen inmigrante se ha visto particularmente afectada por esta situación, siendo las restricciones de acceso al SNS de estos colectivos uno de los puntos que debilitaron la capacidad de respuesta del sistema sanitario ante la emergencia provocada por la pandemia.

2. Determinantes y vulnerabilidades de la salud de los inmigrantes en contextos de crisis

Las necesidades de salud de las personas inmigrantes son, en términos generales, comparables a las de la población autóctona (Rechel *et al.*, 2011). En el momento de su llegada a la sociedad de acogida suelen disfrutar de un mejor estado de salud, fenómeno conocido como «efecto del inmigrante sano» (Razum, 2008), sin embargo, con el tiempo sus condiciones de salud parecen deteriorarse debido a una serie de factores, entre los que podemos destacar:

- La exposición en el país de destino a nuevas enfermedades contra las que las personas inmigrantes recién llegadas no están inmunizadas.
- La posición socioeconómica y la pérdida de redes sociales. Las personas inmigrantes suelen verse afectadas de manera particularmente negativa por los llamados «determinantes sociales de la salud» (Benach *et al.*, 2014). Así, a menudo dicho colectivo sufre peores condiciones de empleo y de vida en comparación con la población autóctona, al estar empleado en trabajos sucios, peligrosos y exigentes, y al residir en viviendas con peores condiciones de habitabilidad, lo que provoca el llamado «efecto emigrante agotado» (Bolzman, 2002). Además, la inmigración suele implicar el debilitamiento de relaciones familiares y sociales anteriormente existentes, y las dificultades para mantenerlas o recrearlas en el país de destino pueden provocar malestar psicológico y físico (Bhugra, 2004).
- Racismo y discriminación. Las personas inmigrantes pueden sufrir formas de racismo y discriminación directas e indirectas por razones de nacionalidad, raza, etnia o religión, afectando con ello su salud física, emocional y mental (Nazroo, 2003).
- El marco institucional en el país de destino. Las políticas de inmigración que definen el estatus administrativo de la persona inmigrante a lo largo del tiempo suelen definir las condiciones a través de las cuales las personas inmigrantes pueden ser titulares de derechos —incluyendo el derecho a la protección social y a la asistencia sanitaria— así como sus condiciones de vida (Jayaweera, 2014). Asimismo, el sistema sanitario del país de destino y el grado de accesibilidad, disponibilidad, usabilidad y calidad de sus servicios afectan a las posibilidades de acceso de las personas inmigrantes a los servicios sanitarios (Torres-Cantero *et al.*, 2007).

En el contexto de la crisis social, económica y sanitaria provocada por la COVID-19, estos factores han demostrado ser particularmente críticos (Guadagno, 2020). Las personas inmigrantes trabajan con frecuencia en ocupaciones precarias y caracterizadas por sus bajos salarios. Muchas de esas actividades han continuado desarrollándose durante los momentos álgidos de la pandemia (agricultura, construcción, logística, cuidado, comercio, servicios de limpieza, etc.), exponiendo de un modo particularmente grave a estos colectivos al riesgo de infección. Además, estos colectivos suelen vivir en hogares con mayor grado de hacinamiento, donde resultaba extremadamente difícil respetar la distancia social y otras prácticas básicas de prevención como el autoaislamiento en caso de contracción del virus. Asimismo, muchos de estos grupos se enfrentan a barreras lingüísticas y culturales en sus sociedades de acogida, así como a un limitado conocimiento del contexto de recepción, lo que puede resultar en un acceso insuficiente a la atención sanitaria, sobre todo a las actuaciones de naturaleza preventiva que se mostraron centrales para reducir los contagios. Finalmente, las personas inmigrantes, especialmente aquellas que se encuentran en situación irregular o tienen visados de corta duración, no siempre gozan de los mismos derechos de acceso a las prestaciones sociales y a la atención sanitaria pública que la población autóctona, al tiempo que los seguros sanitarios privados no suelen cubrir los problemas de salud derivados de una epidemia.

Más en general, estudios anteriores han señalado que las consecuencias de las crisis sobre la salud de la población dependen, por un lado, de factores demográficos, individuales y de cohesión social, y por otro, muy decisivamente, del contexto institucional y de las respuestas políticas de los gobiernos, todo ello permeado por la intensidad y la duración de la crisis (Dávila y González, 2012; Ruckert y Labonté, 2012; Vázquez, Vargas y Aller, 2014). Si bien estos estudios se han centrado principalmente en el análisis del impacto de las crisis económicas en la salud, todos ellos destacan el papel fundamental jugado por el marco normativo (titularidad de la atención sanitaria) y las respuestas institucionales directas e indirectas en los efectos de las crisis sobre la salud de la población inmigrante. Las acciones directas pueden implicar transformaciones importantes de los sistemas de salud, como por ejemplo la introducción de barreras a la atención, los copagos o la limitación de los derechos de acceso al sistema sanitario de la población. Los efectos indirectos se producen por la modificación de los determinantes sociales en tiempos de crisis como, por ejemplo, las transformaciones en el mercado laboral, el debilitamiento de las redes sociales de solidaridad, o las posibilidades de acceso a prestaciones sociales distintas de las sanitarias (Vázquez, Vargas y Aller, 2014).

3. Evolución del derecho a la atención sanitaria de las personas inmigrantes en España: reformas y contrarreformas en tiempos de crisis económica

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, que explicitaba su objetivo de establecer un sistema sanitario universalista (Freire, 2007), el SNS experimentó un incremento gradual de su rango de cobertura, hasta incluir a la práctica totalidad de la población residente en España. A pesar del cambio de filosofía que supuso la LGS, la expansión de la cobertura del sistema sanitario siguió una lógica incremental destinada a alcanzar la universalidad de manera acumulativa. El hecho de que el acceso a las prestaciones sanitarias continuase sin ser explícitamente reconocido como un derecho vinculado a la condición de nacionalidad o residencia constituía una de las contradicciones básicas del sistema, perpetuando prácticas de control de elegibilidad que obstaculizaban el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias a aquellas personas que, no habiendo cotizado a la Seguridad Social (SS), tampoco pudiesen aducir carencia de rentas (Sevilla, 2006).

Un hito fundamental en ese proceso de universalización de la cobertura del SNS fue la inclusión de las personas inmigrantes en situación irregular mediante la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (4/2000) (Moreno Fuentes, 2004). Previamente a la aprobación de dicha Ley, el acceso a las prestaciones sanitarias de este colectivo estaba limitado a menores, embarazadas, servicios de urgencias, así como al tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas. Diversos circuitos paralelos informales (como los proporcionados por ONG, servicios de salud pública y profesionales del SNS a título individual y voluntario) se encargaban del seguimiento de los tratamientos recibidos en urgencias, la

atención médica especializada, las enfermedades crónicas, y la propia atención primaria para dichos colectivos. Esta cobertura parcial y segmentada adolecía de una grave carencia de medios, provocaba solapamientos en la provisión de servicios sanitarios, dejaba huecos importantes en la atención y hacía depender el acceso a la atención sanitaria de la buena voluntad de los profesionales sanitarios.

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

Además, el ejercicio de este derecho se acompañó, a nivel estatal y autonómico, con la incorporación de políticas dirigidas a inmigrantes en los planes de salud y la formulación de políticas específicas para adaptar el SNS y los programas de promoción de la salud en los planes periódicos de integración de las personas inmigrantes (Vázquez *et al.*, 2011).

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

3.1 Reintroducción del principio de aseguramiento en el SNS

La universalidad plena del SNS estuvo en vigor, sin embargo, tan solo unos meses. El RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, publicado el 24 de abril de 2012,

supuso un punto de inflexión en ese largo proceso de extensión de la cobertura del SNS, así como un vuelco en la filosofía organizativa del sistema sanitario público español, al regresar a un modelo de aseguramiento radicalmente opuesto a la filosofía universalista impulsada por la LGS de 1986.

Apartándose de una definición del rango de cobertura del SNS basada en la residencia en el territorio, el RDL 16/2012 reintrodujo la lógica de aseguramiento social mediante el establecimiento de las categorías de «asegurado» (trabajadores cotizando al sistema de Seguridad Social, pensionistas, desempleados percibiendo prestaciones, así como solicitantes de empleo) y «beneficiario» (cónyuges e hijos de personas aseguradas menores de 26 años) del sistema sanitario público. Pasando completamente por alto el hecho de que la financiación del SNS no tiene vinculación alguna con el sistema de cotizaciones sociales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), sino que depende completamente de las partidas asignadas a este efecto en los Presupuestos Generales del Estado, el Gobierno introdujo un giro radical en la filosofía básica que en las últimas décadas había definido los criterios de elegibilidad del SNS.

Como consecuencia de esta decisión, diversos colectivos quedaron formalmente excluidos de las prestaciones del SNS. Entre ellos, fundamentalmente, las personas inmigrantes en situación irregular (con la excepción de los menores de edad y mujeres embarazadas), cuyas tarjetas sanitarias debían ser anuladas a partir del 1 de septiembre de 2012, teniendo derecho desde ese momento tan solo a la atención en caso de emergencia o de enfermedad infecto-contagiosa. Además, los ciudadanos del resto de países de la Unión Europea que no entraban en las categorías de «asegurado» o «beneficiario» perdían también sus tarjetas sanitarias del SNS, de modo que los tratamientos sanitarios que pudieran recibir en España (como estudiantes, o como jubilados afincados en alguna localidad española, por ejemplo) deberían ser facturados a los servicios sanitarios de sus países de origen a través de los acuerdos y regulaciones que a ese efecto existen a nivel europeo.

El RDL 1192/2012, aprobado unos meses más tarde, regulaba la condición de «asegurado» y establecía el tope de 100.000€ de ingresos anuales para definir el umbral de acceso de los españoles no cotizantes a la SS (o dependientes de un asegurado) a las prestaciones del SNS. Así, los españoles con recursos económicos superiores a ese umbral y que no contribuían al sistema de Seguridad Social (colectivo que había sido recientemente incorporados al SNS mediante la LGSP 33/2011) fueron también excluidos del sistema sanitario público. Igual suerte corrieron los residentes de más de 26 años que carecían de empleo y no estaban recibiendo prestaciones por desempleo (este colectivo fue reintroducido más tarde bajo el paraguas de protección del sistema sanitario público a condición de probar que carecían de recursos económicos), así como los desempleados que hubiesen agotado su derecho a prestaciones por desempleo y que residiesen en otro país europeo por más de 90 días (se interpretaba que más allá de ese plazo deberían inscribirse como residentes en el país de acogida y solicitar allí cobertura sanitaria).

En octubre de 2012, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó la propuesta del Gobierno de establecer «Convenios especiales de prestación de asistencia sanitaria» por los cuales los residentes no «asegurados» o «beneficiarios» del SNS podrían acceder a la cartera básica de

servicios del SNS previo pago de una póliza anual (710 € para menores de 65 años, y 1.864 € para los mayores de esa edad). Con esta medida se reforzaba la lógica del aseguramiento como vía de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público, al tiempo que se establecía un mecanismo por el cual todos aquellos excluidos de las prestaciones del sistema a partir de la aprobación del RDL 16/2012 pudieran incorporarse al mismo a través de la firma de uno de esos convenios de aseguramiento con el SNS.

El marco básico general sobre el que se construyó la justificación para el radical cambio en el modo de definir el rango de cobertura del SNS fue, lógicamente, el de la crisis económica y, como corolario de la misma, la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema sanitario público, reinterpremando un informe del Tribunal de Cuentas (2012) en el que se señalaba la existencia de problemas en el intercambio de información entre los sistemas regionales de salud (SRS) y el INSS, así como en los procedimientos de recuperación de los costes de atención sanitaria a nacionales procedentes de países con los que España tiene acuerdos para la atención sanitaria recíproca (todos los de la UE, más Andorra, Brasil, Chile, Marruecos, Perú y Túnez).

Estos problemas, derivados de deficiencias internas en la organización y coordinación de las instituciones españolas implicadas en el ámbito sanitario, se convirtieron para los promotores del RDL 16/2012 en la justificación perfecta para acabar con un marco legislativo que había tolerado «el fraude con el dinero de todos» (El País, 13 de agosto de 2012) y permitido un supuesto «turismo sanitario». La utilización de argumentos como el «abuso» de recursos públicos y la necesidad de terminar con el «uso fraudulento» del sistema sanitario público funcionaron como recurso de deslegitimización y politización del acceso de los inmigrantes a dichos sistemas de protección social, mecanismo bien conocido en el contexto de programas de naturaleza universalista como el británico National Health Service (NHS) (Moreno Fuentes, 2004).

3.2 Oposición desde abajo y restablecimiento del universalismo (limitado)

Tras la aprobación del RDL 16/2012 una gran variedad de actores no gubernamentales pidió el restablecimiento del universalismo —incluyendo asociaciones profesionales, organizaciones de pacientes, sindicatos, ONG, asociaciones de migrantes, movimientos de base creados en respuesta al RDL 16/2012 (Yo SÍ Sanidad Universal, REDER), y el Defensor del Pueblo—, mientras que las comunidades autónomas reaccionaron de una forma muy heterogénea. Así, Andalucía y Asturias rechazaron aplicar dicha reforma y continuaron atendiendo a las personas inmigrantes en situación irregular tal y como lo hacían con anterioridad a la aprobación de dicha norma. Un segundo grupo (Aragón, Canarias, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Navarra y País Vasco) estableció programas específicos para continuar atendiendo a ese colectivo, mientras que la Comunidad de Madrid, Baleares, Castilla y León, Murcia y La Rioja introdujeron algunas excepciones en la exclusión sanitaria de la población inmigrante en situación irregular. Lo que inicialmente parecía ser un choque horizontal entre

comunidades gobernadas por partidos políticos de signo opuesto se convirtió en un conflicto vertical entre el Gobierno central y las autoridades autonómicas.

En un claro patrón de convergencia hacia el restablecimiento «desde abajo» del universalismo en el acceso al sistema sanitario público, en 2018 casi todas las comunidades autónomas habían adoptado medidas para eludir la regulación restrictiva aprobada a nivel nacional, abriendo camino a la contrarreforma finalmente aprobada en 2018. De hecho, una de las primeras medidas adoptadas por el Gobierno encabezado por el PSOE fue la aprobación del RDL 7/2018, que define la salud como un «un derecho inherente a todo ser humano, sobre el que no cabe introducción de elemento discriminatorio alguno, ni en general ni en particular, en relación con la exigencia de regularidad en la situación administrativa de las personas extranjeras». Con esta medida el Gobierno del PSOE dio un nuevo golpe de timón, truncando la deriva hacia el restablecimiento de un sistema sanitario público basado en el aseguramiento.

Sin embargo, el RDL 7/2018 dista todavía de significar un regreso a la política previamente existente antes de la aprobación del RDL 16/2012 (Bruquetas-Callejo y Perna, 2020). La nueva norma establece que son titulares del derecho a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española, así como las personas extranjeras que tengan establecida su residencia legal y habitual en el territorio español. En el caso de las personas extranjeras, el derecho a la asistencia sanitaria en España está garantizado siempre y cuando tengan residencia legal y habitual en el territorio español y no tengan la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía (por ejemplo, en el caso de los ciudadanos europeos económicamente inactivos, cuya cobertura sanitaria debe estar garantizada por el país de origen, o a través de la suscripción de un seguro público o privado).

En lo que respecta a las personas extranjeras en situación administrativa irregular, el RDL 7/2018 les garantiza el derecho a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, siempre que cumplan los siguientes requisitos:

1. No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía (normativa UE y convenios bilaterales).
2. No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.
3. No existir un tercero obligado al pago.

Además, el texto explicita que la asistencia sanitaria garantizada a las personas inmigrantes en situación irregular no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria financiada con cargo a fondos públicos fuera del territorio español. Más importante aún, establece que las comunidades autónomas tienen competencia sobre la definición del procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial, abriendo así amplios márgenes a la aparición de desigualdades territoriales en el acceso a la atención sanitaria de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular.

Tras un año de incertidumbre, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social propuso la definición de un procedimiento homogéneo para todo el país con la adopción de la Resolución de 20 de junio de 2019, indicando que las personas inmigrantes en situación administrativa irregular deberían entregar, junto a un documento de identidad:

- Certificado de empadronamiento actualizado o, en su ausencia, un documento oficial de cualquier administración del Estado que acredite la residencia efectiva en el territorio español por un periodo previo de 3 meses (si los pacientes se encuentran en una situación vulnerable, pueden tener acceso a la sanidad a través de un informe de los servicios sociales);
- Acreditación de no poder exportar a España el derecho a la asistencia sanitaria desde el país de origen; en el caso de personas procedentes de un Estado miembro de la UE o de países con convenio bilateral en materia de seguridad social se solicita un certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria emitido por la administración competente de dicho país;
- Declaración responsable del solicitante de no existir terceros obligados al pago (entidades de carácter público o privado que hayan suscrito a la persona interesada un seguro de enfermedad de carácter obligatorio, vigente y válido en España).

Según establece esta resolución, en el caso en que la documentación aportada sea completa, la persona recibirá un documento provisional, válido para máximo 3 meses durante el cual se validará la solicitud y el cumplimiento de los requisitos por parte de la Administración pública (Ministerio de Sanidad, INSS). En el caso de que se rechace dicha validación y se hubiese prestado asistencia sanitaria previamente, se procederá a su facturación.

3.3 Medidas y propuestas en tiempos de COVID-19

Menos de dos años después de la reinstauración del universalismo parcial, otra crisis inesperada y masiva ha golpeado a la sociedad española y en particular al SNS. En el primer año de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2, España experimentó cifras significativamente elevadas, tanto en número de contagios como en fallecimientos. Al igual que en el resto de países, los fallecimientos relacionados con la COVID-19 en España se concentraron fundamentalmente en las personas de edad más avanzada, así como en personas con patologías previas, debido principalmente a la especial vulnerabilidad de estos colectivos en los que es frecuente encontrar problemas de inmunidad, enfermedades crónicas y degenerativas, comorbilidades y altos niveles de dependencia.

Por la propia composición demográfica de las poblaciones de origen inmigrante residentes en España (entre las que las personas mayores de 65 años constituyen una proporción significativamente menor que entre la población autóctona), no es previsible encontrar una sobrerrepresentación de inmigrantes entre los fallecidos. En términos de contagios, no existen datos desagregados por nacionalidad para el conjunto del país. En las tres rondas del estudio el

Estudio Nacional de sero-Epidemiología de la Infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-Covid), puestas en marcha por el Ministerio de Sanidad en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, los Servicios de Salud de las comunidades y el Instituto Nacional de Estadística, no se aprecian diferencias importantes entre personas con nacionalidad española respecto a las de otras nacionalidades¹. Sin embargo, a principios de octubre la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid hizo público el dato de que entre los contagiados en esta región desde el inicio de la pandemia había un 36,8 % de nacidos fuera de España (Comunidad de Madrid, 2020). Las pautas de segregación residencial existentes en Madrid, por las cuales las poblaciones con ingresos más bajos se concentran en los distritos del sur de la ciudad, llevaron a una incidencia de la enfermedad significativamente más elevada en estas zonas, que son las mismas en las que se concentra buena parte de la población de origen inmigrante. De forma parecida, los brotes que en el verano de 2020 afectaron a personas trabajadoras agrícolas en diversas regiones españolas estuvieron con frecuencia vinculados a las condiciones de vida y de trabajo entre los colectivos de temporeros más vulnerables, la gran mayoría de los cuales son de origen inmigrante y se encuentran en situación administrativa precaria.

A pesar de esas situaciones, la vulnerabilidad de los grupos inmigrantes ante la COVID-19 no parece haber representado una prioridad en la agenda del Gobierno español. Por lo que compete al Ministerio de Sanidad, se proporcionó información sobre la COVID-19 y las medidas a adoptar en caso de síntomas en distintos idiomas (inglés, francés, árabe, rumano y chino, remitiendo al mismo tiempo a las infografías multilingües de la OMS), en el marco de una importante inversión del Gobierno en la comunicación de la pandemia al conjunto de la población. Sin embargo, más allá de la difusión de esa información, el Ministerio de Sanidad no parece haber dedicado particular atención al reto específico que la COVID-19 plantea a las poblaciones de origen inmigrante. Los diversos planes adoptados a lo largo de la pandemia raramente han incluido indicaciones relacionadas con las vulnerabilidades específicas de estos colectivos, con la excepción del protocolo adoptado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones tras las recomendaciones de Sanidad sobre las actuaciones a llevar a cabo con las personas migrantes que acceden de manera irregular al país para evitar la aparición de casos importados de COVID-19.

Por otro lado, la Secretaría de Estado de Migraciones estableció una prórroga de los permisos de estancia y residencia de los extranjeros en situación regular presentes en el país para «evitar perjuicio en los derechos e intereses de los interesados y afectados en los procedimientos en materia de extranjería²». En lo relativo a las personas en situación administrativa irregular, a finales de junio de 2020, se adoptaron algunas medidas para facilitar el arraigo³, suspendiendo los plazos administrativos y reduciendo considerablemente los requisitos existentes para solicitarlo, mientras que el Congreso rechazó la Proposición No de Ley presentada por el

¹ Prevalencia de anticuerpos IgG anti SARS-CoV-2 — nacionalidad española: 5,0 % (primera ronda); 5,2 % (segunda ronda); 5,2 % (tercera ronda). Prevalencia de anticuerpos IgG anti SARS-CoV-2 - otras nacionalidades: 5,6 % (primera ronda); 5,7 % (segunda ronda); 5,7 % (tercera ronda). Sin embargo, los resultados sobre las personas de otras nacionalidades presentan más variabilidad (intervalo de confianza 95 % - españoles: 4,7 - 5,4 [primera ronda]; 4,9 - 5,5 [segunda ronda]; 4,8 - 5,5 [tercera ronda]; intervalo de confianza 95 % otras nacionalidades: 4,3 - 7,3 [primera ronda]; 4,5 - 7,3 [segunda ronda]; 4,4 - 7,5 [tercera ronda]).

² Instrucción 3/2020 de la Dirección General de Migraciones sobre la prórroga de los trabajadores migrantes cuyo permiso de trabajo concluya en el periodo comprendido entre la entrada en vigor del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, y el 30 de junio de 2020 en virtud del artículo 2.1(c).

³ Instrucciones 6/2020 de la Dirección General de Migraciones sobre los procedimientos iniciados relativos a arraigos sociales en el contexto del COVID.

movimiento «Regularización Ya», a través de la cual se solicitaba —entre otras medidas— la regularización de las personas en situación administrativa precaria en el país.

Finalmente, la pandemia puso de manifiesto algunas debilidades del SNS en lo que respecta a la atención sanitaria de la población inmigrante y, en particular, a los grupos más vulnerables por su situación administrativa. La saturación de los centros sanitarios y las dificultades relacionadas con la tramitación de documentos administrativos en un contexto de pandemia, además de las dificultades estructurales a las que este grupo se enfrenta, contribuyeron a la multiplicación de casos de exclusión sanitaria. Según Médicos del Mundo Madrid, por ejemplo, entre marzo y octubre de 2020, los casos de rechazo o facturación en urgencias a personas inmigrantes en situación precaria se habían duplicado respecto al mismo periodo del año anterior (Eldiario.es, octubre 2020).⁴

Además, a pesar de las intenciones aclaratorias de la normativa de 2019, la discrecionalidad otorgada por el RDL 7/2018 a las comunidades autónomas ha resultado en la trasposición del texto en tiempos y contenidos claramente variables en el conjunto del territorio nacional. Así, por ejemplo, la Comunidad de Madrid ha tardado más de tres años en regular la aplicación del RDL 7/2018, creando, en noviembre de 2021, siete «Unidades de Tramitación» especializadas para «la gestión centralizada y entrega de la documentación que da acceso al sistema sanitario público a ciudadanos extranjeros en situación irregular, siempre que acrediten empadronamiento de 90 o más días en España» (ignorando al respecto la excepción incluida en RDL 7/2018 y en el Reglamento de 2019). Además, si bien el objetivo declarado por la Comunidad de Madrid ha sido el de «impulsar una gestión ágil y cómoda para los solicitantes de acceso sanitario público mediante una atención individualizada y personalizada a cada extranjero», organizaciones de la sociedad civil y sociedades científicas afirman que esas unidades se han convertido en cuellos de botella, con esperas de hasta cinco meses para poder obtener una cita y ser dado de alta en el sistema, periodo en el que la facturación por la atención sanitaria recibida por personas en situación administrativa precaria ha ido en aumento.

Más en general, organizaciones como REDER y Médicos del Mundo han documentado más de 5.000 casos de personas excluidas en los tres años de vigencia del RDL 7/2018 a nivel nacional, de las que cerca de 2.500 se produjeron en el contexto de la pandemia (REDER, junio de 2022)⁵. Entre las principales barreras que se han denunciado se encuentran (en orden de relevancia): la dificultad de acceder a la vacuna de la COVID-19; la facturación o la negativa de atención en urgencias; la falta de atención a i) menores de edad, ii) personas refugiadas y solicitantes de asilo, iii) mujeres embarazadas, y iv) personas mayores reagrupadas; y la imposibilidad de acceder a medicamentos.

Reconociendo las debilidades del RDL 7/2018 en garantizar la universalidad del SNS, en noviembre de 2021, el Gobierno central presentó un Anteproyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del SNS⁶. Sin

⁴ Otras noticias sobre casos de exclusión sanitaria desde el principio de la pandemia pueden encontrarse en: <https://yosisanidaduniversal.net/noticias>

⁵ <https://www.reder162012.org/buena-direccion-sanidad-universal-consejo-ministros-ley-cohesion/>

⁶ https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/DG_67_21.pdf

bien el texto incluye explícitamente a otros grupos entre los titulares del derecho a la asistencia sanitaria en España (personas con nacionalidad española de origen residentes en el exterior y desplazadas temporalmente al territorio español y sus familiares que les acompañen, solicitantes de protección internacional y víctimas de trata de seres humanos), los requisitos establecidos por el RDL 7/2018 para que las personas inmigrantes en situación administrativa irregular puedan recibir asistencia sanitaria quedan invariados, limitándose el texto a incorporar lo previsto por el Reglamento de 2019 sobre las personas extranjeras que se encuentren en España por menos de 90 días (posibilidad de acceso al sistema con cargo a los fondos públicos tras la emisión de un informe favorable por parte de los servicios sociales competentes de las autonomías). Además, sigue permaneciendo el requisito de acreditación de la no exportación del derecho, requisito difícil de acreditar en muchos casos, sobre todo para las personas que están en situación más vulnerable, y para el cual, en muchas ocasiones, no existen los cauces burocráticos en los países de origen.

De forma parecida, aunque en el preámbulo del anteproyecto se reconoce la «falta de homogeneidad en la aplicación de este Real Decreto-ley, que visualizan fisuras en el acceso universal al SNS» (p. 3), el Anteproyecto de Ley de 2021 sigue otorgando a las comunidades autónomas la competencia de fijar el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas inmigrantes en situación irregular para recibir atención sanitaria en el país, dejando un amplio espacio para la reproducción de importantes desigualdades territoriales en el acceso a la atención sanitaria para los colectivos inmigrantes más vulnerables.

3.4 Acceso diferencial de la población inmigrante a la atención sanitaria

Más allá de los criterios de definición del derecho de acceso y de los obstáculos que aparecen formal e informalmente en el ejercicio del mismo, las diferencias de uso del SNS proporcionan información muy relevante sobre las circunstancias en las que los distintos colectivos abordan la dimensión de la salud y conceptualizan la sanidad, así como sobre las dificultades específicas que determinados grupos enfrentan a la hora de acceder a las prestaciones del sistema sanitario público. La universalización de la atención sanitaria no garantiza por sí sola, de hecho, la adecuada accesibilidad a los servicios sanitarios para todos los grupos sociales, ya que la mera elegibilidad no significa que exista un nivel común en cuanto a las prestaciones y calidad del sistema sanitario público recibido por los pacientes, ni una utilización estandarizada de dichos servicios por parte de los distintos grupos de la población. Entre los argumentos planteados para dar cuenta de dichas desigualdades podemos destacar la desigual disponibilidad temporal para acudir a los servicios sanitarios, la existencia de diferentes culturas de gestión de la salud y de recurso a la sanidad, o el efecto del nivel educativo de los potenciales pacientes.

El Barómetro Sanitario nos proporciona información reveladora respecto a las diferencias de acceso a la atención sanitaria por parte de los diferentes grupos de la población.

Aunque dicha encuesta no nos permite concentrar nuestra atención en colectivos nacionales específicos por el relativamente pequeño tamaño de la muestra, nos proporciona algunas pistas respecto a la existencia de diferencias en el uso de los servicios sanitarios por parte de distintos grupos sociales en España en función de su origen geográfico agregado en grandes áreas continentales.

Tabla 1. Utilización servicios sanitarios en los doce meses previos a la encuesta (%)

Nacionalidad	Consulta atención primaria				Consulta urgencias				Consulta especialista			
	2007	2013	2019	2022	2007	2013	2019	2022	2007	2013	2019	2022
España	72,7	70,6	71,2	79,1	31,6	27,7	28,4	38,6	46,4	46,0	43,3	59,9
EU-14	62,0	69,2	56,7	73,8	36,4	33,7	21,9	29,6	34,8	33,1	42,1	56,9
Europa del Este	77,2	67,2	63,1	66,4	21,3	28,7	43,2	52,0	35,0	43,3	31,2	60,3
África	35,9	53,6	60,6	75,1	19,9	24,2	27,6	47,2	15,0	16,6	16,8	42,6
América Latina	65,5	80,0	57,1	68,9	30,7	36,1	31,1	43,6	42,3	44,0	29,1	48,9

Fuente: *Barómetros Sanitarios 2007 (total oleadas), 2013 (total oleadas), 2019 (total oleadas) y 2022 (primera y segunda oleadas).*

Como refleja la Tabla 1, dicha encuesta nos permite constatar cómo en 2022 prácticamente ocho de cada diez personas de nacionalidad española declaran haber acudido a la consulta del médico de atención primaria en los doce meses anteriores a la realización de la entrevista, siendo esta frecuencia casi ocho puntos superior a la media histórica de las olas anteriores de ese sondeo. Ese significativo incremento respecto al sondeo realizado en 2019, el año anterior a la pandemia, refleja sin duda la brusca alteración en los patrones de utilización del sistema sanitario derivada de la enfermedad y sus efectos sobre el SNS. El resto de colectivos agrupados por orígenes geográficos declara porcentajes inferiores de consulta a los médicos de atención primaria que la población con nacionalidad española, aunque resultan claramente visibles las importantes fluctuaciones en el tiempo entre los diferentes grupos. Así, en la última ola de dicha encuesta, los europeos del este declaran casi trece puntos menos de frecuentación de las consultas de los médicos de cabecera que los españoles, y los inmigrantes procedentes de América Latina declaran casi once puntos menos de utilización de este nivel de atención sanitaria. Un patrón similar se reproduce a la hora de analizar la utilización de los servicios de atención especializada, aunque en este caso son los inmigrantes de países africanos los que destacan por una frecuentación diecisiete puntos inferior a la de la población española, seguidos de los latinoamericanos, con once puntos de diferencia, mientras que los europeos del este asistieron incluso un poco más que los españoles al médico especialista.

El recurso a los servicios de urgencias entre los extranjeros se elevaba considerablemente respecto a la población autóctona, como tradicionalmente señalan los estudios de uso diferencial del sistema sanitario entre poblaciones de origen inmigrante (Guinea y Moreno Fuentes, 2009). Este tipo de diferencias van claramente más allá de la mera voluntad individual de los pacien-

tes para acudir a los centros sanitarios, y apuntan a la existencia de diferentes oportunidades de acceso a la atención sanitaria en función del nivel de renta que, en términos generales, se traduce en un menor acceso a los servicios preventivos, mayor tiempo de espera para acceder a atención especializada, y mayor recurso a las urgencias. Así, mientras el porcentaje de población española que afirma haber recurrido a las urgencias el año anterior se sitúa en torno al 38 %, ese porcentaje aumenta hasta el 46 % en el caso de los inmigrantes latinoamericanos, supera el 47 % en el caso de los africanos y se sitúa en el 52 % en el caso de los inmigrantes procedentes de Europa del Este. En este ámbito, de nuevo, los efectos de la pandemia sobre la salud de la población, así como sobre el funcionamiento de los diferentes niveles de funcionamiento del SNS, quedan reflejados en un significativo aumento del recurso a la atención de urgencia respecto a años precedentes.

Tabla 2. Imposibilidad de tomar medicamentos recetados debido a su coste en doce meses previos a la encuesta

Nacionalidad	2013	2019	2022
España	4,90	2,40	2,40
EU-14	3,54	0,65	0,94
Europa del Este	8,16	-	8,02
África	8,15	5,02	-
América Latina	7,45	5,80	7,23

Fuente: *Barómetros Sanitarios 2013 (total oleadas), 2019 (total oleadas) y 2022 (primera y segunda oleadas).*

La existencia de dificultades para acceder a la atención sanitaria como consecuencia de la situación económica del hogar choca frontalmente con la lógica fundacional básica de un SNS que se pretende universal y gratuito en el momento del uso, y da cuenta de la existencia de barreras para el acceso a las prestaciones del sistema sanitario público que deberían ser objeto de un estudio específico por parte de las autoridades sanitarias. El Barómetro Sanitario nos da también idea de la importancia relativa de la carencia de recursos económicos para acceder a la atención médica y por tanto de las carencias de la universalización. Así, como muestra Tabla 2, en 2022, un 2,4 % de los españoles que responden a dicha encuesta afirman que pese a haber necesitado tomar medicamentos, no lo hicieron por la dificultad para financiarlos. Dicho porcentaje es considerablemente superior en el caso de la población inmigrante procedente de Europa del Este y América Latina. Estos datos apuntan a que la existencia de copagos en determinados ámbitos de la atención sanitaria, como los medicamentos, repercute de modo particularmente negativo sobre los colectivos de origen inmigrante.

4. Conclusiones

La pandemia de SARS-CoV-2 causante de la COVID-19 ha revelado una serie de importantes fallas en nuestra sociedad, situándonos frente al espejo y devolviéndonos una imagen poco gratificante que requeriría de respuestas para evitar su perpetuación.

La evidencia empírica disponible acerca de la existencia de desigualdades en salud en la población española es relativamente escasa, representando este hecho en sí mismo una clara indicación de la escasa prioridad atribuida a este tema hasta la fecha. La mayor parte de los estudios sobre desigualdades en salud en España se ha centrado en aspectos relacionados con desigualdades financieras y en salud entre comunidades autónomas, o en determinados barrios. Por su parte, se ha prestado escasa atención a la existencia de desigualdades en salud entre distintos grupos sociales, en particular las poblaciones de origen inmigrante.

Una de esas dimensiones claramente negativas puesta de relieve por la pandemia es la de las importantes desigualdades socio-económicas que caracterizan a nuestra sociedad. Derivadas esencialmente de las debilidades de nuestro modelo económico, la precariedad estructural de nuestro mercado laboral y la escasa capacidad redistributiva de nuestros sistemas fiscal y de protección social, estas desigualdades se exacerban en contextos de crisis como los experimentados durante la Gran Recesión iniciada en 2008 y en la actualidad como consecuencia del brusco parón y el subsiguiente desajuste económico derivado de la pandemia y de las medidas adoptadas para tratar de frenarla. Los efectos de la desigualdad sobre la salud son bien conocidos y el incremento de esta como consecuencia de la disrupción derivada de la COVID-19 ha contribuido a agravar el impacto de la pandemia sobre los grupos más vulnerables de la población, entre los que se encuentran las poblaciones inmigrantes procedentes de países del Sur Global. Estos efectos se han plasmado en dificultades específicas de acceso a la atención sanitaria, en un peor estado de salud y, en última instancia, en la propia esperanza de vida de estos grupos por efecto de la pandemia.

El impacto negativo de la COVID-19 sobre la desigualdad en salud en el medio y largo plazo se traducirá previsiblemente en un deterioro de las tasas de discapacidad severa, enfermedades crónicas y morbilidad auto-percibida que afectará de manera especial a los estratos sociales más desfavorecidos. Este incremento de la morbilidad se materializará en lo que (parafraseando a los economistas en referencia a la inflación) podríamos llamar «efectos de segunda ronda». Una parte de estos efectos estarán vinculados a las secuelas de la enfermedad, que pueden ser muy variadas y duraderas, hasta llegar a constituir un síndrome específico (COVID persistente) con una gran diversidad de síntomas que van desde la fatiga crónica a problemas gastrointestinales, cardiorrespiratorios, neurológicos y/o psicológicos.

El otro aspecto en el que se materializarán dichos «efectos de segunda vuelta» es en el retraso en el diagnóstico de patologías cuyo éxito en el tratamiento depende del diagnóstico y tratamiento precoz, que no han podido llevarse a cabo por el desbordamiento del sistema sanitario, por el cierre de buen número de centros y servicios sanitarios para focalizar los recursos humanos y materiales en atender a pacientes con COVID, además de por la reticencia de los ciudadanos a acudir a los centros sanitarios. Así, la postergación de tratamientos asistenciales,

preventivos y farmacológicos se traducirán en la agudización de cuadros clínicos que hubieran podido ser mucho más leves de haber sido atendidos precozmente.

Una dimensión que merece especial mención, en este sentido, es la de los efectos de la pandemia sobre la salud mental de una ciudadanía expuesta al temor a contraer la enfermedad o habiéndola experimentado, que ha sufrido confinamientos y otras restricciones en sus actividades diarias, que ha visto radicalmente alterada su vida cotidiana y sus relaciones sociales y que, además, puede haber sufrido consecuencias económicas y materiales derivadas de las medidas adoptadas para tratar de frenar la pandemia.

Las restricciones al acceso a las prestaciones del Estado de Bienestar por parte de los inmigrantes, incluyendo claramente el acceso a la atención sanitaria, muestran sus efectos negativos reflejados en el estado de salud de las personas inmigrantes, pero también manifiestan claramente sus consecuencias en forma de externalidades negativas que afectan al conjunto de la sociedad receptora. La universalidad de la atención sanitaria garantiza el mantenimiento de la salud pública a un coste menor, garantizando al mismo tiempo la protección del derecho de toda persona a la atención sanitaria, por lo que los intentos de restringir el acceso de determinados colectivos al SNS repercuten negativamente en el conjunto de la sociedad receptora.

Referencias bibliográficas

- AMBROSINI, M. y VAN DER LEUN, J. (2015): «Introduction to the Special Issue: Implementing Human Rights: Civil Society and Migration Policies»; en *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 13(2); pp. 103-115.
- BENACH, J.; VIVES, A.; AMABLE, M.; VANROELEN, C.; TARAFI, G., y MUNTANER, C. (2011): «Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health»; en *Annual Review of Public Health*, 35(1); pp. 229-253.
- BHUGRA, D. (2004): «Migration and mental health»; en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (4); pp. 243-258.
- BOLZMAN, C. (2002): «The Social Impact of Migration Policies: The Example of Immigrant Workers and Asylum Seekers in Switzerland»; en *Social Work in Europe*, 9(3); pp. 10-19.
- BRUQUETAS-CALLEJO, M. y PERNA, R. (2020): «Migration and Healthcare Reforms in Spain: Symbolic Politics, Converging Outputs Oppositions from the Field»; en *South European Society and Politics*, 25(1); pp. 75-98.
- COMUNIDAD DE MADRID (2020): *Informe epidemiológico vigilancia de COVID-19, semana 40*. Comunidad de Madrid, Dirección General de Salud Pública. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_epidemiologico_semanal_covid_s40.pdf
- DÁVILA-QUINTANA, C. D. y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2010): «Crisis económica y salud»; en *Gaceta Sanitaria*, 23; pp. 261-265.
- ECDC (2020): *Guidance on infection prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) in migrant and refugee reception and detention centres in the EU/EEA and the United Kingdom*. Estocolmo, ECDC.
- FREIRE, J. M. (2007): «Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España»; en *Derecho y Salud*, 15. Foro Extraordinario SESPAS.
- GUADAGNO, L. (2020): *Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis*. Génova, International Organization for Migration.
- GUINEA, D. y MORENO FUENTES, F. J. (2009): «Salud, sanidad y exclusión social en España»; en ARRIBA, A. coord.: *Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social*; pp. 411-448. Madrid, FOESSA.
- HALL, M. A. y PERRIN, J. (2015): «Irregular Migrant Access to Care: Mapping Public Policy Rationales»; en *Public Health Ethics*, 8(2); pp. 130-138.
- JAYAWEERA, H. (2014): «Social Determinants of Migrants' Health»; en ANDERSON B. y KEITH, M. coords.: *Migration: A COMPAS Anthology*. Oxford, COMPAS.

- MORENO FUENTES, F. J. (2004): *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*. Madrid, Consejo Económico y Social.
- OMS (2020): *Interim guidance for refugee and migrant health in relation to COVID-19 in the WHO European Region*. 25 de Marzo de 2020. Copenague, WHO Regional Office for Europe.
- ORCUTT, M. *et al.* (2020): «Global call to action for inclusion of migrants and refugees in the COVID-19 response»; en *The Lancet*, 395(10235); pp. 1482-1483.
- NAZROO, J. Y. (2003): «The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism»; en *American Journal of Public Health*, 93(2); pp. 277-284.
- PERNA, R. (2020): «La regulación del acceso a la sanidad de los inmigrantes en situación irregular en sistemas descentralizados. España e Italia en perspectiva comparada»; en MORENO FUENTES, F. J. y DEL PINO, E. coord.: *El Espacio y lo Social. Homenaje a Luis Moreno*; pp. 355-376. Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- SÁNCHEZ, G. (2020): «La exclusión sanitaria de migrantes aumenta en Madrid durante la pandemia: Médicos del Mundo detecta 167 casos desde marzo»; en *ElDiario.es*, 5 de octubre de 2020. Disponible en: https://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-migrantes-aumenta-madrid-durante-pandemia-medicos-mundo-detecta-167-casos-marzo_1_6268895.html
- SEVILLA, F. (2006): «La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social»; en *Documento de trabajo de la Fundación Alternativas*, 86. Madrid, Fundación Alternativas.
- RAZUM, O. (2008): «Migrant Mortality, Healthy Migrant Effect»; en KIRCH, W. coord.: *Encyclopedia of Public Health*. Dordrecht, Springer.
- RECHEL, B.; MLADOVSKY, P.; DEVILLÉ, W.; RIJKS, B.; PETROVA-BENEDICT, R., y MCKEE, M. (2011): «Migration and health in EU health systems»; en *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, 9.
- RUCKERT, A., y LABONTÉ, R. (2012): «The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework»; en *Critical Public Health*, 22(3); pp. 267-279.
- TORRES-CANTERO, A. M.; MIGUEL, A. G.; GALLARDO, C., e IPPOLITO, S. (2007): «Healthcare provision for illegal migrants: may health policy make a difference?»; en *European Journal of Public Health*, 17(5); pp. 483-485.
- TRIBUNAL DE CUENTAS (2012): *Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social*. Informe aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 29 de marzo de 2012, Madrid.

VÁZQUEZ, M. L.; TERRAZA-NÚÑEZ, R.; VARGAS, I., *et al.* (2011): «Health policies for migrant populations in three European countries: England; Italy and Spain»; en *Health Policy*, 101; pp. 70-78.

VÁZQUEZ, M. L.; VARGAS, I., y ALLER, M. B. (2014): «Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014»; en *Gaceta Sanitaria*, 28(1); pp. 142-146.