



# Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)



## ORIGINAL

# Población potencialmente excluida de cobertura sanitaria con el Real Decreto 16/2012 y sus repercusiones sanitarias: la experiencia desde la Cataluña Central

Dolores Álamo-Junquera<sup>a,b</sup>, Núria Sala<sup>a,b</sup>, Joan-Pau Millet<sup>a,b,c,\*</sup>,  
Lluïsa Ortega-Gutiérrez<sup>b</sup>, Albert Planas-Giner<sup>b</sup>, Carol Rovira<sup>b</sup>  
y Dolors Comet<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Unitat de Suport a la Recerca (USR) Catalunya Central, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Gerència Territorial Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Barcelona, España*

<sup>c</sup> *Ciber de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Barcelona, España*

<sup>d</sup> *Centre d'Atenció Primària Manresa 2, Servei d'Atenció Primària Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Barcelona, España*

Recibido el 24 de diciembre de 2013; aceptado el 3 de marzo de 2014

### PALABRAS CLAVE

Emigrantes e  
inmigrantes;  
España;  
Personas sin seguro  
médico;  
Políticas

### Resumen

**Objetivo:** Conocer la proporción de población potencialmente excluida de cobertura sanitaria a partir del Real Decreto-Ley 16/2012. Describir el uso de servicios sanitarios, la distribución de patología crónica e infecciosa y el gasto farmacéutico en 2012 de las personas excluidas respecto a las que mantendrían su cobertura.

**Diseño y emplazamiento:** Estudio observacional analítico transversal de base poblacional en atención primaria. Gerencia Territorial de la Cataluña Central del Institut Català de la Salut.

**Participantes y mediciones principales:** Se seleccionaron las personas potencialmente excluidas a partir de la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012 y se compararon con las personas que mantendrían su cobertura sanitaria apareadas de forma aleatoria por edad, sexo y servicio de atención primaria. La información obtenida incluyó el uso de servicios sanitarios, la distribución de patologías crónicas e infecciosas y el gasto farmacéutico durante el año 2012.

**Resultados:** Se identificaron 1.699 personas, el 0,53% del total de la población (51,4% hombres), con una mediana de edad de 34 años (rango intercuartílico, 28-43) potencialmente excluidas de cobertura sanitaria. El uso de servicios sanitarios, la morbilidad crónica registrada y el gasto farmacéutico durante el año 2012 de los excluidos fueron inferiores a los de los no excluidos ( $p < 0,001$ ). En cambio, la morbilidad infecciosa fue superior en los excluidos ( $p < 0,001$ ).

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [jmillet.cc.ics@gencat.cat](mailto:jmillet.cc.ics@gencat.cat), [juampablomillet@gmail.com](mailto:juampablomillet@gmail.com) (J.-P. Millet).

## KEYWORDS

Emigrants and immigrants;  
Medically uninsured;  
Policy;  
Spain

**Conclusiones:** Los resultados del estudio llevan a pensar que esta medida legislativa no parece justificada por razones médicas ni económicas. Además, podría provocar problemas de salud pública y contribuir al riesgo de fractura social.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Potentially excluded population from health coverage and health impact since Royal Decree 16/2012: The Central Catalonia experience

### Abstract

**Objective:** To assess the proportion of population potentially excluded from healthcare coverage since the Royal Decree-Law 16/2012. To describe the use of health services, the distribution of chronic and infectious diseases, and the pharmaceutical costs in 2012 of the persons potentially excluded compared to the those who maintain their coverage.

**Design and setting:** An observational analytical cross-sectional study was designed and conducted on a Primary Care based population in the Central Catalonia Management Area of the Institut Català de la Salut

**Participants and main measurements:** Individuals potentially excluded since the application of the Royal Decree-Law 16/2012 were selected and compared with individuals who maintained their healthcare coverage, randomly matched by sex, age and Primary Care service. The information obtained included the use of health services, the distribution of chronic and infectious diseases, and the pharmaceutical costs during the year 2012.

**Results:** A total of 1,699 individuals were identified as potentially excluded from healthcare coverage, 0.53% of the total of population (51.4% men), with a median of age of 34 years (interquartile range, 28-43). The use of healthcare services, the chronic morbidity recorded, and the pharmaceutical costs during the year 2012 of the excluded individuals was lower than those of the non-excluded ones ( $P < .001$ ). On the other hand, the infectious morbidity was higher in the excluded individuals ( $P < .001$ ).

**Conclusions:** The results of the study suggests that this legislative measure does not seem to be justified for medical or economic reasons. It could also cause public health problems and contribute to the risk of social fracture.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

En España uno de los grandes logros reconocido internacionalmente ha sido el disponer de un sistema sanitario universal y gratuito. Hasta el 31 de agosto de 2012 la Ley General de Sanidad de 1986 y el artículo 12.1 de la Ley de Extranjería (LO 4/2000 y LO 2/2009) garantizaban la asistencia sanitaria a los extranjeros empadronados y residentes en España en las mismas condiciones que a los españoles<sup>1</sup>.

El 2011 los inmigrantes representaban el 12,1% de la población española y provenían principalmente de Europa, África y Latinoamérica. En Cataluña, en el mismo período, esta población representaba el 15,6%. En función del origen, la población inmigrante puede diferenciarse en 4 categorías: ciudadanos de países de la Unión Europea (UE-15), nacionales de países occidentales desarrollados que no pertenecen a la UE, ciudadanos de países de Europa del Este incorporados a la UE a partir de 2004 y nacionales de los países en vías de desarrollo establecidos en España. Lo que diferencia estos 4 grupos condicionalmente en gran medida su estatus jurídico en el territorio español<sup>2</sup>.

Desde el inicio de la crisis económica y financiera en España a finales de 2007 y como consecuencia del aumento del paro y los ajustes presupuestarios, se ha cuestionado de

nuevo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). El 20 de abril de 2012 entró en vigor el Real Decreto-Ley (RD) 16/2012 que limita el derecho a la atención sanitaria de la población inmigrante a las personas que tengan residencia legal en territorio nacional. Según la normativa, los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes pasan a solo poder recibir atención de urgencia, exceptuando el caso de los menores de 18 años, que son atendidos siempre, y las mujeres embarazadas, que tienen cubierta la atención en el parto, parto y posparto. El gobierno español ha justificado esta medida legislativa por la imposibilidad de hacer frente al gasto que supone la atención a este colectivo y la necesidad de frenar el turismo sanitario, cuando España es uno de los países de la UE-15 que invierte menos en el estado de bienestar (el 22% de su producto interior bruto, cuando la media de los países de la UE-15 es del 27%)<sup>3</sup>.

Respecto al uso de los servicios sanitarios, conocemos que las tasas de utilización de la población autóctona de las consultas externas, urgencias, hospitalizaciones y visitas a la atención primaria son más elevadas que las de los inmigrantes<sup>4,5</sup>. Es necesario analizar concretamente el impacto que supone la atención de esta población. Estimamos que la población potencialmente excluida tiene menos patología crónica de base pero más patología infecciosa,

hace un menor uso de los servicios sanitarios y tiene un menor gasto farmacéutico. De ser así, el impacto económico de la entrada en vigor del RD sería mínimo. Por otro lado, la falta de atención sanitaria a estas personas, además de poner en riesgo su salud, también tendría consecuencias para la salud pública de toda la población.

Por ello, el objetivo del presente estudio es conocer la proporción de la población de la Cataluña Central potencialmente excluida de cobertura sanitaria a partir de la entrada en vigor del RD 16/2012 y describir el uso de servicios sanitarios, la distribución de las patologías crónicas priorizadas por el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 y de las 5 enfermedades de declaración obligatoria individualizada (EDO) más prevalentes en Cataluña el último trimestre de 2012. Además, se quiere conocer el gasto farmacéutico del año 2012 de las personas potencialmente excluidas de cobertura sanitaria respecto a las personas que mantienen su cobertura.

## Material y métodos

### Diseño del estudio

Estudio observacional analítico transversal de base poblacional.

### Ámbito y período de estudio

Se estudió toda la población residente y asignada a las comarcas de la Gerència Territorial de la Catalunya Central (GTCC) (Bages, Berguedà, Anoia y Osona) del Institut Català de la Salut (ICS). Se realizó un corte en junio 2013 que recogió datos desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2012.

### Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron todas las personas que quedarían potencialmente excluidas a partir de la aplicación del RD 16/2012 y se compararon con el mismo número de personas que mantendrían su cobertura sanitaria según el SNS escogidos de forma aleatoria para los mismos grupos de edad ( $\pm 5$  años), sexo y servicio de atención primaria (SAP).

A partir del RD, se definieron como potencialmente excluidas todas las personas extranjeras de 18 años o más sin residencia legal en España, no embarazadas o en periodo posparto. Se definieron como potencialmente no excluidas la misma proporción de personas de 18 años o más con residencia legal, del mismo grupo de edad, sexo y SAP que los excluidos. Nos referimos siempre como potencialmente excluidos o no excluidos, puesto que sobre la población de estudio aún no había entrado en vigor el RD.

### Variables y fuentes de información

La información se obtuvo de los sistemas de información de atención primaria del ICS y del Sistema Integral de Receta Electrónica (SIRE). Se recogieron variables socio-demográficas (edad, sexo, SAP), enfermedades crónicas (diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardiaca, depresión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedades

infecciosas (tuberculosis pulmonar, VIH, tos ferina, sífilis, gonococia), uso de servicios sanitarios (visitas realizadas a urgencias de atención primaria [ACUT], visitas realizadas en atención primaria [AP], derivaciones) y gasto farmacéutico según la medicación prescrita mediante receta médica oficial y dispensada en la oficina de farmacia (importe total, número de envases).

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de cada uno de los grupos. Las variables cuantitativas se describieron como media y desviación estándar (DE) en el caso de seguir una distribución normal y como mediana y rango intercuartílico (RI) en caso de no seguirla, y las categóricas como porcentajes. Los métodos estadísticos utilizados fueron la prueba de  $\chi^2$  y la comparación de medias (ANOVA) y los correspondientes no paramétricos cuando fue preciso. Se compararon los excluidos con los no excluidos. Se aceptó un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y niveles de significación del 5% ( $p < 0,05$ ).

Para realizar el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 18.

### Aspectos éticos

Todos los datos fueron recogidos y tratados de forma estrictamente confidencial siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki de 1964 revisada por la Organización Médica Mundial en el año 2000 en Edimburgo y la Ley Orgánica española 15/1999 de protección de datos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética y de Investigación Clínica (CEIC) del IDIAP Jordi Gol. Dada la naturaleza de los datos recogidos se cumplieron estrictamente las restricciones utilizadas en la protección de datos de nuestra institución mediante acceso a la base de datos restringido por contraseña para el personal autorizado. Además, para el análisis de los datos, los casos identificados como excluidos se identifican mediante un código.

### Resultados

Se identificaron 1.699 personas potencialmente excluidas de cobertura sanitaria y se escogieron 1.699 personas no excluidas emparejadas por grupo de edad, sexo y SAP. Eso supuso que la población inmigrante potencialmente excluida de cobertura sanitaria después de la aplicación del RD 16/2012 representa el 0,53% del total de la población asignada a la GTCC (321.326 personas).

Un 51,4% de los potencialmente excluidos identificados fueron hombres con una mediana de edad de 34 años (RI 28-43). El 42,4% pertenecían al SAP Bages-Berguedà-Solsonès, el 40,3% al SAP Osona, y el 17,3% al SAP Anoia.

En la [tabla 1](#) se muestran los resultados del análisis del número de visitas (AP y ACUT), derivaciones, gasto farmacéutico, patología crónica e infecciosa, mostrando que son inferiores en los potencialmente excluidos en relación con los no excluidos ( $p < 0,001$ ), con la excepción de la patología infecciosa ( $p = 0,003$ ). La media de visitas de AP de los potencialmente excluidos durante el año 2012 fue de 6,1 (DE 6,5), y la de los no excluidos, de 7,5 (DE 10,9) ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 1** Análisis descriptivo del uso de servicios sanitarios, gasto farmacéutico durante 2012 y morbilidad crónica e infecciosa en población potencialmente excluida de cobertura sanitaria después del RD 16/2012 y no excluida en la Cataluña Central

	Excluidos		No excluidos		p
	n	%	n	%	
Visitas AP	4.276	30,7	9.671	69,3	< 0,001
Visitas ACUT	321	34,7	603	65,3	< 0,001
Derivaciones	298	33,7	587	66,3	< 0,001
Gasto farmacéutico total (euros)	76.064,9	29,8	179.181,7	70,2	–
Gasto farmacéutico por paciente/año (euros)	44,7	–	105,5	–	–
Patología crónica	43	25,9	123	74,1	< 0,001
Patología infecciosa	16	84,2	3	15,8	0,003

ACUT: atención continuada y urgente territorial; AP: atención primaria.

Del total de los 255.246,6 euros de gasto farmacéutico, el 29,8% correspondía a los potencialmente excluidos y el 70,2% a los no excluidos. Cabe resaltar que el 60,7% de los potencialmente excluidos no generaron ningún gasto farmacéutico durante el año 2012 comparado con el 39,3% de los no excluidos ( $p < 0,001$ ).

De las 5 enfermedades de declaración obligatoria individualizada registradas, las más frecuentes fueron la sífilis infecciosa en los excluidos y la infección gonocócica en los no excluidos. De las enfermedades crónicas revisadas la más presente en el grupo de potencialmente excluidos fue la diabetes mellitus tipo 2, y en el grupo de no excluidos, la depresión.

## Discusión

Los resultados de este estudio muestran que el volumen de población potencialmente excluida de cobertura sanitaria después de la entrada en vigor del RD 16/2012 no es muy alto, el 0,53%. Se trata de un porcentaje inferior al 1,34% obtenido en un estudio similar realizado en un centro de salud de la isla de Menorca<sup>6</sup>. La población de la Cataluña Central que quedaría potencialmente excluida, tal y como se esperaba, presentaba menos enfermedades crónicas (diabetes, depresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardiaca) y un menor gasto farmacéutico. Sin embargo, la morbilidad infecciosa transmisible fue superior entre la población excluida de cobertura sanitaria, lo que podría comportar un mayor riesgo de transmisión de estas enfermedades entre la población general, con los consecuentes efectos para la salud pública.

Lo que determina en gran medida el uso de los servicios sanitarios es el estado de salud en que se encuentre un grupo de personas junto con otros determinantes estructurales, como podría ser su situación socioeconómica. En Cataluña, los inmigrantes provenientes de países de baja renta, a pesar de estar en una situación socioeconómica muy desfavorecida, tienen una relativa buena salud respecto al resto de la población<sup>7</sup>. Aun así, la falta de acceso sanitario de las personas inmigrantes podría hacer aumentar los riesgos para la salud asociados a las condiciones socioeconómicas desfavorables<sup>8</sup>. A pesar de que las clases más favorecidas podrían hacer un mayor uso de la atención médica especializada, algunos estudios han documentado una mayor utilización de la atención sanitaria por parte de las clases

sociales más desfavorecidas<sup>7-9</sup>. En el presente estudio, al igual que en el estudio realizado en Menorca<sup>6</sup>, los potencialmente excluidos consultarían menos la AP que la población que mantiene su cobertura sanitaria. De forma similar a Murcia, Zaragoza o Girona, se ha observado que las tasas de utilización de las consultas externas, urgencias, hospitalizaciones y visitas a AP de la población autóctona superan a las de los inmigrantes, pese a disponer estos de peores condiciones socioeconómicas<sup>4,5,10-12</sup>. Sin embargo cabría destacar, como se ha documentado, que las diferencias observadas entre inmigrantes y autóctonos en las tasas de utilización de servicios sanitarios de AP ajustadas por edad y sexo disminuyen de forma significativa cuando se tiene en cuenta la carga de morbilidad asociada<sup>13</sup>.

Respecto al gasto farmacéutico, el grupo de los potencialmente excluidos gastó menos durante el año 2012 comparado con la población no excluida del mismo SAP, edad y sexo, tanto en importe total como en coste/usuario. De forma similar, se observó que los pacientes inmigrantes de la región de salud de Lleida gastaban menos en farmacia que los pacientes nativos<sup>14</sup> o que la población inmigrante en la región sanitaria del ICS de Girona, y consumían también menos fármacos<sup>12</sup>.

Este es el primer estudio del que tenemos constancia que ha calculado, sobre el total de una población, el volumen de personas potencialmente excluidas de cobertura sanitaria después de la aplicación del RD 16/2012 y ha descrito sus características comparándolas con la población que mantendría su cobertura sanitaria, lo que proporciona más información sobre la repercusión de esta polémica medida legislativa. Al no tratarse de una muestra sino de toda la población de AP potencialmente excluida frente a población no excluida, en lugar de población inmigrante frente a autóctona, resulta difícil comparar nuestros resultados con los de otros estudios. No obstante, el hecho de contar con un estudio de base poblacional refuerza su calidad y permite observar que los resultados van en una línea similar a los obtenidos en un estudio realizado en AP de Lleida en que se observaba un menor número de visitas realizadas por población inmigrante<sup>15</sup>.

A pesar de las comentadas fortalezas, este estudio puede presentar algunas limitaciones. Así como se ha estratificado el análisis por mismo grupo de edad, sexo y SAP, no ha podido hacerse para variables como clase social o país de origen por no existir información en el primer caso, o



porque la variable que se recoge es nacionalidad y tenía más de un 20% de valores perdidos. Otra limitación es que la calidad del registro en la historia clínica electrónica podría en algunos casos no ser exhaustiva. No obstante, su calidad aumenta año tras año y no hay motivos para pensar que esta sea diferente entre excluidos y no excluidos. En cuanto al tiempo, el período del presente estudio se limita al último año y se asume que el comportamiento ha sido similar en los años previos. A pesar de que el número de visitas a los diferentes servicios sanitarios o la patología crónica existente sea una buena aproximación al gasto que comporta, este no es un estudio de coste-efectividad, por lo que las diferencias halladas entre grupos no deberían interpretarse necesariamente como que comporten costos menores. No se han incluido en este estudio colectivos más minoritarios de excluidos, como los jóvenes mayores de 26 años con ingresos superiores a 100.000 euros anuales, dado que no se disponía de los datos. Además, es importante tener en cuenta también que las poblaciones que se comparan en el presente estudio corresponden a usuarios del SNS. Han quedado por tanto fuera del estudio los no usuarios del sistema, que seguro harían aumentar las cifras de excluidos y también tendría un impacto sobre los resultados esperados. Por todo ello, la extrapolación de los resultados a toda la población o a otras regiones debería hacerse con cautela.

Después de la entrada en vigor del RD 16/2012, el RD 1192/2012 del 3 de agosto se crea con el fin de regular la condición de asegurado y beneficiario de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a través del SNS. Con este nuevo RD, pasarán a ostentar la condición de asegurados los residentes en el territorio y con nacionalidad española que no tengan ingresos superiores a 100.000 euros al año ni cobertura sanitaria por otra vía<sup>16</sup>. Es de destacar que también el RD 1192/2012 sigue dejando a la población inmigrante no residente sin derecho a cobertura sanitaria por el SNS.

Por todo ello, diversas comunidades autónomas han implantado algunas instrucciones de desarrollo del RD. En Cataluña, por ejemplo, una de las comunidades con mayor porcentaje de inmigrantes de España, la situación será diferente a la que marca el RD 16/2012. La instrucción del Servei Català de la Salut (CatSalut) 10/2012 da acceso desde el 1 de septiembre de 2012 a asistencia sanitaria de cobertura pública a los ciudadanos extranjeros empadronados en Cataluña, aunque no tengan la condición de asegurados o beneficiarios del SNS<sup>17</sup>. Esta instrucción diferencia 2 niveles de asistencia: un primer nivel que da acceso a la atención primaria, atención urgente y programas de interés sanitario (enfermedades como sida, tuberculosis, hepatitis, etc.), para el que es necesario un mínimo de 3 meses de empadronamiento continuo en Cataluña, y un segundo nivel de acceso que incluye, además, el derecho a la asistencia sanitaria especializada programada para las personas con más de un año de empadronamiento continuado. En Cataluña, además, hasta el 31 de marzo de 2013 no han dejado de estar en vigor las tarjetas sanitarias expedidas a los ciudadanos susceptibles de perder la condición de asegurados, y por tanto han podido disponer de la misma cobertura sanitaria hasta ese momento. En contrapartida, aparte del tiempo mínimo de empadronamiento a partir del que se pueden iniciar los trámites de solicitud de la tarjeta sanitaria, los inmigrantes encuentran muchas veces dificultades administrativas y burocráticas para llevar a cabo todo el proceso.

Debido a esta instrucción del CatSalut, la población de estudio se clasifica como potencialmente excluida por el RD 16/2012 según los datos de que se disponía en sistemas de información de la GTCC en el momento de hacer el corte. En Cataluña parte de esta población habrá podido acreditar posteriormente diferentes niveles de cobertura (debido al tiempo de empadronamiento) y finalmente no llegar a quedar nunca excluida de cobertura sanitaria en esta comunidad. Es por ello que en el presente artículo nos referimos siempre como potencialmente excluidos. A esto se une el que habrá mujeres dentro del grupo de potencialmente excluidos que se quedarán embarazadas en este período y, por tanto, pasarían a tener cobertura sanitaria para el preparto, parto y posparto. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que un porcentaje importante de la población ya regularizada corre el riesgo de perder su permiso de residencia ante la imposibilidad de renovarlo y, por tanto, quedar automáticamente excluida del SNS.

Conocer el perfil de uso de servicios sanitarios de los pacientes potencialmente excluidos de cobertura sanitaria es necesario para ayudar a disipar falsas ideas sobre este colectivo. Este estudio exploratorio debería complementarse con estudios poblacionales prospectivos más extensos, pero supone una buena aproximación a las consecuencias de la aplicación del RD. Los resultados obtenidos llevan a pensar que esta medida legislativa que ha conseguido suprimir una característica básica de nuestro SNS, la universalidad de su cobertura, no parece justificada. Debería reconsiderarse evaluar en profundidad las repercusiones económicas y en salud que tendrá esta medida a medio y a largo plazo para toda la población<sup>18</sup>. Más aún, deberían llevarse a cabo las diferentes políticas e intervenciones propuestas por comités de expertos para reducir las desigualdades sociales en salud en España<sup>18-20</sup>.

## Puntos clave

### Lo conocido sobre el tema

- El Real Decreto-ley RD 16/2012 ha restringido el derecho a la atención sanitaria de la población inmigrante. Los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes legales pasan a solo poder recibir atención sanitaria no urgente si son menores de 18 años o embarazadas.

### Qué aporta este estudio

- La población excluida de cobertura sanitaria tras el RD no es despreciable.
- El uso de servicios sanitarios, la morbilidad crónica y el gasto farmacéutico fue superior en los no excluidos y la morbilidad infecciosa transmisible fue superior entre los excluidos.
- Deberían evaluarse las repercusiones a medio-largo plazo y el impacto sobre la salud pública de esta medida legislativa que ha suprimido la universalidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores desean manifestar su agradecimiento a Cristina Brichs por su importante dedicación a la obtención de datos para este trabajo. Agradecemos por los valiosos comentarios y aportaciones al Dr. Joan A. Caylà y Jesús E. Ospina, del Servicio de Epidemiología, y a la Dra. Carmen Borrell, del Servicio de Información Sanitaria de la Agència de Salut Pública de Barcelona.

## Bibliografía

1. Moreno Fuentes F, Bruquetas Callejo M. Inmigración y Estado de bienestar en España. Informe número 31. Colección de estudios sociales la Caixa. 2011 [acceso 18 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/670e2a8ee75bf210VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/vol31.es.pdf>
2. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [consultado 18 Dic 2013]. Disponible en: [http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf)
3. Navarro V. The social crisis of the Eurozone: The case of Spain. *Int J Health Serv.* 2013;43:189–92.
4. Pérez-Molina J, Pulido Ortega F, Comité de Expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 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.* 2012;30:472–8.
5. López Nicolás A, Ramos Parreno JM. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la comunidad autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit.* 2009;23 Supl 1:12–8.
6. Sánchez Escobar P, Muñoz Seco E. ¿Cuánto ahorraremos con el RD 16/2012? Descripción y comparación de la población inmigrante (excluida y no excluida) y su consumo de servicios sanitarios. XXXIII Congreso SEMFYC Granada 2013. [consultado 18 Dic 2013]. Disponible en: <http://semfyc.sicongresos.com/vposters/?idComu=U24HEtM4hFvZs9c6OWdPqdieKli7GVagWUJQ44-TsjY>
7. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med.* 2010;71:1610–9.
8. López-Fernández LA, Martínez Millán JI, Fernández Ajuria A, March Cerdà JC, Suess A, Danet Danet A, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit.* 2012;26:298–300.
9. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* 2006;174:177–83.
10. Gimeno-Feliu LA, Magallón-Botaya R, Macipe-Costa RM, Luzón-Oliver L, Cañada-Millán JL, Lasheras-Barrio M. Differences in the use of primary care services between Spanish national and immigrant patients. *J Immigr Minor Health.* 2013;15:584–90.
11. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? *Aten Primaria.* 2011;43:544–50.
12. Vall-llosera Casanovas L, Saurina Canals C, Saez Zafra M. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la Región Sanitaria Girona. *Rev Esp Salud Publica.* 2009;83:291–307.
13. Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health.* 2011;11:432.
14. Rué M, Bosch A, Serna MC, Soler-González J, Galván L, Cruz I. Observational study on drug spending in the immigrant and the indigenous population in the Lleida (Catalonia) health region. *Aten Primaria.* 2010;42:328–37.
15. Díaz Berenguer JA, Cabeza Mora A, López Cabañas A, Espiñeira Francés AJ, Cervera Valverde C, Cabrera Padrón CD. The integrated management software of primary care, a tool for analysing indicators of use. *Aten Primaria.* 2002;29:287–93.
16. Boletín Oficial del Estado (BOE). Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. [consultado 18 Dic 2013]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/08/04/pdfs/BOE-A-2012-10477.pdf>
17. CatSalut. Instrucció 10/2012. Accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. [consultado 18 Dic 2013]. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Proveidors\\_professionals/normatives\\_instruccions/Documents/Arxiu/instruccio\\_10\\_2012.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Proveidors_professionals/normatives_instruccions/Documents/Arxiu/instruccio_10_2012.pdf)
18. Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T. If Hippocrates was among us... About the no-attention to illegal immigrants. *Aten Primaria.* 2013;45:61–2.
19. Vázquez ML, Terraza-Núñez R, Hernández S, Vargas I, Bosch L, González A, et al. Are migrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish policies. *Health Policy.* 2013;113:236–46.
20. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26:182–9.