



estudios primarios 1-3,8-9,11,13-14, los cuales fueron analizados íntegramente.

**» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

**Resultados**

Con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 12/2012 de 20 de Abril<sup>12</sup>, los extranjeros no autorizados ni registrados como residentes en España sólo podrán recibir atención de urgencia si son menores de 18 años o son mujeres embarazadas. La puesta en marcha de estas medidas va a tener consecuencias indeseables en el campo de la salud<sup>10</sup>.

Algunas enfermedades infecciosas pueden propagarse en mayor medida, una parte de la población queda fuera de medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Personas inmigrantes en situación irregular con enfermedades crónicas (VIH, hipertensión, diabetes, artrosis, patologías respiratorias), mentales o que requieren tratamiento prolongado (cáncer, diálisis) no sólo perderán el acceso al mismo, sino que además les será imposible acceder a actividades preventivas como las vacunas<sup>12</sup>, con el consiguiente riesgo para sus vidas.

Son las condiciones de vida, de trabajo, el hacinamiento, en resumen, los determinantes sociales de la salud los que aumentan la vulnerabilidad del colectivo inmigrante en el padecimiento y transmisión de las ETS<sup>13</sup>.

En concreto, y para la infección por el VIH las consecuencias serán aumento de la mortalidad de los individuos infectados, favorecer la aparición de enfermedades oportunistas, incrementar los ingresos hospitalarios, facilitar la infección en la población, favorecer la transmisión materno-filial y finalmente acrecentar los costes de la atención sanitaria, logrando el efecto contrario al deseado<sup>11</sup>.

Estas medidas que aparentemente se justifican para garantizar la sostenibilidad del Sistema Público de Salud resultan de muy dudosa efectividad, no sólo por representar un falso ahorro a la larga sino fundamentalmente por poner en situación de riesgo a colectivos ya vulnerables, aumentando las desigualdades sociales frente a la salud y fomentando la marginalidad<sup>14</sup>.

**Discusión**

Desde el inicio de la crisis actual a finales del año 2007 con el consiguiente aumento del desempleo y los recortes sociales, se comenzó a cuestionar la sostenibilidad de las prestaciones públicas y con ella el papel de la inmigración como beneficiarios de los servicios sociales y sanitarios<sup>11</sup>.

Sería conveniente destacar a favor de este colectivo beneficiario pero también contribuyente a las arcas del Estado, algunas de las conclusiones recogidas en el informe Inmigración y Estado de Bienestar<sup>4</sup>: que menos del 1% de los beneficiarios de pensiones en España son extranjeros, que la población inmigrante está infrarrepresentada entre los perceptores de rentas mínimas, que los impuestos y contribuciones sociales de la inmigración han supuesto el 50% del superávit público en el periodo 2002-2006, que el porcentaje de gasto social dedicado a inmigración en sanidad y educación está muy por debajo del porcentaje que representan en la población general, que los extranjeros consultan un 7% menos en atención primaria, un 16.5% menos en especializada y algo más los servicios de urgencias, respecto a la población autóctona, que suponen un 5% del gasto sanitario y que presentan tasas de pobreza notablemente más altas que los españoles. Todo ello a pesar de la insistencia muy marcada de que los inmigrantes cometan un abuso de los servicios sanitarios<sup>11</sup>, lo cual nos lleva a coincidir con otros estudios 3,13, en que estas supuestas medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario se basan más en cuestiones políticas e ideológicas que en criterios reales de eficiencia y eficacia.

Se ha demostrado cómo el acceso a la Atención Primaria y a los programas preventivos en general no sólo reduce la morbilidad sino que para ciertas enfermedades con un alto potencial de transmisibilidad, la prevención y el diagnóstico temprano aumentan la eficiencia y disminuyen el coste que para la asistencia sanitaria supondría el tratamiento curativo<sup>13</sup>.

En concreto y para el virus de la inmunodeficiencia humana, se ha demostrado como actualmente el tratamiento antirretroviral disminuye el riesgo de transmisión de la infección por vía heterosexual en un 96%, convirtiéndose en la principal estrategia preventiva a nivel poblacional<sup>15-16</sup>.

**Conclusión**

La Reforma Sanitaria puesta en marcha con la aplicación del Real Decreto Ley 12/2012 de 20 de abril, va a tener consecuencias nefastas en los

**» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Demostramos con éste y otros muchos trabajos realizados al respecto desde la aprobación del Real Decreto-ley 12/2012 de 20 de Abril, cómo la Reforma Sanitaria vulnera derechos humanos tan básicos como el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria universal y equitativa, poniendo en serio peligro la salud de los colectivos más vulnerables y desfavorecidos al tiempo que exacerba las desigualdades en salud. Esto por tanto, compete gravemente no sólo la seguridad de los pacientes sino de la población en general, al infringir derechos y normativas internacionales que reconocen el acceso a la salud como un derecho y no como un lujo sólo al alcance de unos pocos.

**» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Este trabajo abre el camino para futuras investigaciones acerca de los efectos que estas medidas están ya teniendo y tendrán en un futuro sobre la salud no sólo de los inmigrantes sino en general de la población, ya que al mermarse derechos tan básicos como el acceso a la asistencia médica, vamos a tener como consecuencia sociedades más precarias, con futuras crisis de salud y nuevas epidemias, al dispararse entre otras la transmisión de ciertas enfermedades infecciosas, además de un empeoramiento de las enfermedades crónicas y por ende un aumento a largo

**» BIBLIOGRAFÍA.**

-Ramos JM, Masía M, Padilla S, Escolano C, Bernal E, Gutiérrez F. Enfermedades importadas y no importadas en la población inmigrante. Una década de experiencia desde una unidad de enfermedades infecciosas. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*2011; 29(3):185-92.

-Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud.2013; [144páginas]. Disponible en:

[http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV\\_PAS\\_v9.pdf](http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf)

-Pérez-Molina JA, Pulido Ortega F. Grupo para el estudio del SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 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(8):472-78.

-Médicos del Mundo. La Reforma Sanitaria y las personas inmigrantes.2012; [19 páginas]. Disponible en:

[http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos\\_Argumentario\\_MdM\\_Reforma\\_sanitaria\\_e\\_inmigrante\\_s\\_4aea15e6%232E%23pdf](http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Argumentario_MdM_Reforma_sanitaria_e_inmigrante_s_4aea15e6%232E%23pdf)

Consultado Noviembre 14,2013.

-AMASAP. El Real Decreto-Ley 16/2012 y el derecho a la asistencia sanitaria para los extranjeros en el Servicio Nacional de Salud.2012; [3 páginas]. Disponible en: