

Las transformaciones territoriales y sociales del Estado en la edad digital

Libro homenaje a Luis Moreno

**FRANCISCO JAVIER MORENO FUENTES
Y ELOÍSA DEL PINO (EDITORES)**



|CENTRO DE|ESTUDIOS|POLÍTICOS Y|CONSTITUCIONALES|



LAS TRANSFORMACIONES
TERRITORIALES Y SOCIALES
DEL ESTADO EN LA EDAD DIGITAL

CENTRO DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y CONSTITUCIONALES

CONSEJO EDITORIAL

Luis Aguiar de Luque
José Álvarez Junco
Manuel Aragón Reyes
Paloma Biglino Campos
Elías Díaz
Arantxa Elizondo Lopetegi
Ricardo García Cárcel
Raquel García Guijarro
Yolanda Gómez Sánchez
Pedro González-Trevijano
Carmen Iglesias
Francisco J. Laporta
Julia Ortega Bernardo
Emilio Pajares Montolío
Benigno Pendás
Antonio Torres del Moral
Josep Maria Vallès i Casadevall

LAS TRANSFORMACIONES
TERRITORIALES Y SOCIALES
DEL ESTADO EN LA EDAD
DIGITAL

Libro homenaje a Luis Moreno

FRANCISCO JAVIER MORENO FUENTES Y ELOÍSA DEL PINO
(EDITORES)

CENTRO DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y CONSTITUCIONALES

Madrid, 2020

Catálogo de publicaciones de la AGE:

<https://cpage.mpr.gob.es/>

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

De esta edición, 2020:

Imagen de cubierta de Pixabay

© FRANCISCO JAVIER MORENO FUENTES

© ELOÍSA DEL PINO

© CENTRO DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y CONSTITUCIONALES

Plaza de la Marina Española, 9

28071 Madrid

<http://www.cepc.gob.es>

Twitter @cepcgob

NIPO CEPC EN PAPEL: 091-20-071-0

NIPO CEPC PDF: 091-20-072-6

NIPO CEPC EPUB: 091-20-074-7

ISBN CEPC EN PAPEL: 978-84-259-1857-5

ISBN CEPC PDF: 978-84-259-1858-2

ISBN CEPC EPUB: 978-84-259-1859-9

Realización: C. Ponce

Impreso en España — *Printed in Spain*

CAPÍTULO XV

LA REGULACIÓN DEL ACCESO A LA SANIDAD DE LOS INMIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR EN SISTEMAS DESCENTRALIZADOS. ESPAÑA E ITALIA EN PERSPECTIVA COMPARADA

ROBERTA PERNA

Consejo Superior de Investigaciones Científicas

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN —2. INMIGRACIÓN, GOBERNANZA MULTINIVEL Y REFORMAS SANITARIAS EN SISTEMAS DESCENTRALIZADOS —3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS —4. DINÁMICAS DE POLICY-MAKING Y REFORMAS EN ESPAÑA E ITALIA —4.1. *Reformas y contrarreformas en España: conflictos múltiples y universalismo mutilado* —4.2. *Policy making y coaliciones en Italia: conflictos desde arriba, derechos extendidos desde abajo* —5. DISCUSIÓN —BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN

La definición de la titularidad del derecho de los inmigrantes en situación irregular (en adelante: ISI) a la asistencia sanitaria en los países de destino representa un tema controvertido para los responsables políticos, confrontando las cuestiones de la soberanía nacional y control de fronte-

ras con los regímenes internacionales de derechos humanos y los imperativos de salud pública (Ambrosini y van der Leun, 2015). Por un lado, el derecho a la atención sanitaria de los ISI ha sido apoyado y legitimado desde diferentes perspectivas como la de los derechos humanos, la humanitaria, la justicia social, o la salud pública (Hall y Perrin 2015). El consenso sobre la importancia de garantizar una atención sanitaria adecuada a los ISI se ha expresado en convenciones, recomendaciones y declaraciones internacionales y ha sido sostenido por una literatura científica cada vez más amplia (Ingleby y Petrova-Benedict, 2016).

Por otro lado, los derechos sanitarios de los ISI pueden entrar en conflicto con los objetivos de los Estados de limitar la «migración indeseada» y establecer el acceso a las prestaciones sanitarias según criterios de inclusión/exclusión como la ciudadanía, la residencia legal o el empleo formal en el mercado de trabajo. Los sistemas sanitarios poseen límites claramente delimitados, diseñados para diferenciar a los miembros legítimos de la comunidad nacional (y por lo tanto beneficiarios de su protección), de los que no lo son (Moreno Fuentes, Arriba y Moreno, 2006). En este sentido, debido a su condición jurídica, los ISI sufren la exclusión de los sistemas de salud en un grado significativo —aunque diverso— en los distintos países de la Unión Europea (OIM, 2016).

Por lo tanto, la definición de las políticas que regulan el acceso a la atención sanitaria de los inmigrantes ISI es emblemática de las tensiones que pueden surgir al vincular lógicas y objetivos potencialmente contradictorios que implican simultáneamente a cuestiones relacionadas con la inmigración, la protección social, la soberanía nacional y la pertenencia a una sociedad. Estas tensiones pueden desarrollarse horizontalmente, ya que el ámbito de la asistencia sanitaria de los ISI a menudo se superpone entre las políticas de inmigración y las políticas sanitarias. Mientras que las primeras se refieren a las normas y procedimientos que regulan la admisión y la estancia de los ciudadanos extranjeros en un país de destino, estableciendo diversas «categorías» de inmigrantes —con distintas titularidades a la atención sanitaria—, las segundas tratan de la definición de planes y acciones que tienen por objeto proteger contra las enfermedades la población que vive dentro de un país. Por consiguiente, las reclamaciones contra la elegibilidad de dicho colectivo a los sistemas sanitarios debidas a su condición administrativa «irregular» pueden chocar con el principio de que todas las personas que viven en un país deberían tener derecho por lo menos a la atención sanitaria básica.

Además, estas tensiones pueden desarrollarse verticalmente, entre los distintos niveles de gobierno de un Estado. Esto es particularmente cierto en aquellos países que se caracterizan por tener una estructura de gobernanza multinivel y sistemas sanitarios descentralizados, en la medida en que las políticas de inmigración y la legislación sanitaria básica suelen ser responsabilidad del Estado central, mientras que la regulación específica y la organización de los servicios sanitarios caen dentro de las competencias de actores sub-nacionales.

Presentando un análisis comparado de las reformas de las políticas de regulación del acceso a la sanidad de los ISI en España e Italia en el periodo 2000-2019, este capítulo aborda este ámbito de *policy* como una arena de poder dinámica y conflictiva entre los distintos niveles que componen las estructuras de gobernanza de los sistemas sanitarios descentralizados. Tras detallar el marco teórico y los métodos de investigación utilizados en el estudio, el capítulo analiza los casos de España e Italia respectivamente. Los resultados, discutidos en la última sección, sugieren que la reforma de las políticas de regulación del acceso a la atención sanitaria de los ISI ha seguido trayectorias institucionales diferenciadas en España e Italia, a pesar de las similitudes en las condiciones de partida a principio de los años 2000. En España, la introducción «top-down» de una reforma radical del sistema sanitario por parte del Partido Popular (PP) en 2012 activó una oposición «bottom-up» por parte de la mayoría de Comunidades Autónomas (CCAA), convirtiendo lo que inicialmente parecía un choque horizontal entre Comunidades gobernadas por coaliciones opuestas, en un conflicto vertical entre el Estado central y los gobiernos autonómicos. Por el contrario en Italia el proceso de extensión de los derechos sanitarios de los ISI ha seguido una dinámica incremental «desde abajo», con un papel fundamental jugado por parte de una coalición de actores regionales y no-gubernamentales comprometidos que, a lo largo del tiempo, ha sido legitimada como actores centrales en el proceso de toma de decisiones sobre el tema de la asistencia sanitaria de los ISI por parte del mismo Estado central.

2. INMIGRACIÓN, GOBERNANZA MULTINIVEL Y REFORMAS SANITARIAS EN SISTEMAS DESCENTRALIZADOS

El desarrollo del Estado de Bienestar ha desempeñado y desempeña un papel central en el fortalecimiento de las identidades nacionales. De

hecho, la definición, delimitación y consolidación de una comunidad nacional —económica, política y socialmente— ha sido el fundamento ideológico *par excellence* del Estado de Bienestar y sus instituciones, que materializan la existencia de riesgos compartidos, compromisos mutuos y proyectos comunes entre los miembros de una comunidad (Moreno y McEwan, 2005). Desde esta perspectiva, las instituciones del Estado de Bienestar, incluyendo los sistemas sanitarios, «son poderosas fuerzas institucionales que encarnan ideas y prácticas asociadas a la inclusión, la exclusión, la pertenencia y la identidad» (Geddes, 2003: 152). Por consiguiente, la presencia de «otros» grupos dentro de las fronteras nacionales —y aun más de grupos «invisibles» e «incontables» como en el caso de los ISI— puede representar un desafío para los Estados de Bienestar, que están cada vez más sujetos a una modificación en la percepción social de su legitimidad derivada del aumento de la diversidad interna de sus sociedades.

Además de los desafíos que presenta la presencia de una población super-diversa dentro de las fronteras nacionales, la medida en que el Estado de Bienestar puede desempeñar con éxito una función de *nation-building* depende de la estructura del estado en el que ha evolucionado (Moreno y McEwan 2005). Mientras que en los estados unitarios la centralización de las instituciones políticas ha aumentado la capacidad del centro para controlar el desarrollo de las prestaciones sociales y obtener el reconocimiento de «proveedor» de la protección social por parte de la población, en los estados altamente descentralizados o federales, el desarrollo del Estado de Bienestar se ha compartido entre el centro y la periferia, dificultando las posibilidades del estado central de actuar según una lógica de «comando y control» a la hora de introducir prestaciones sociales comunes en todo el territorio del estado. Como varios autores sugieren (Keating, 2013; McEwen y Moreno, 2005), la progresiva institucionalización de políticas específicas al nivel sub-nacional ha activado un proceso gradual de *region-building*, creando las condiciones favorables para la emergencia de las «politics of regional citizenship» (Piccoli, 2019). Desde esta perspectiva, los territorios sub-nacionales pueden constituir espacios distintos de solidaridad social en el seno de los confines nacionales (Vampa, 2016), configurando, debilitando o reforzando las políticas del Estado central, y (re-)delimitando la definición de quienes son los miembros legítimos de la comunidad de beneficiarios que merece acceso a los derechos sociales.

En este sentido, las dinámicas de descentralización política pueden generar inconsistencias entre las decisiones adoptadas al nivel central y su concretización al nivel sub-nacional: ya que los actores políticos e institucionales que operan en los diferentes niveles de las estructuras de gobernanza del Estado de Bienestar —y de los sistemas sanitarios en particular— pueden tener distintos intereses, prioridades y percepciones sobre una misma *policy issue*, dichas diferencias pueden conllevar dispersión y falta de coherencia en la definición e implementación de las políticas sociales y sanitarias (Guiraudon y Lahav, 2000). Por lo tanto, la estructura de gobernanza multinivel de las instituciones sanitarias en sistemas altamente descentralizados puede representar uno de los principales desafíos a los que ha de hacer frente cualquier reforma que se pretenda introducir en este ámbito (Mortensen, 2013), incluyendo la (re-)definición de los criterios de titularidad y de su rango de cobertura.

3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS

El capítulo presenta un estudio cualitativo comparado de los procesos de formulación de las políticas que regulan el acceso a la atención sanitaria de los ISI en España e Italia, basado en el análisis de datos cualitativos de diferentes fuentes (textos legislativos nacionales y regionales; directivas, reglamentos, circulares internas, notas; «literatura gris» elaborada por organizaciones de la sociedad civil y asociaciones de profesionales sanitarios; notas de prensa y publicaciones oficiales en medios de comunicación).

El diseño de investigación sigue los principios de los estudios comparados de «casos más similares», seleccionando dos casos —España e Italia— que presentan una serie de factores comunes que permiten mantener algunas variables como constantes (dinámicas y políticas de inmigración, y relevancia de la inmigración irregular; sistemas sanitarios universales y descentralizados) y centrar el análisis en las características más destacadas de las dinámicas de la formulación de las políticas que regulan el acceso a la atención sanitaria de los ISI.

España e Italia han sido tradicionalmente incluidos en el llamado «modelo sud europeo de la migración» (King y DeBono, 2013). Países exportadores de mano de obra durante la mayor parte del siglo xx, la emigración desde España e Italia comenzó a remitir tras la crisis del pe-

tróleo de 1973. A partir del principio de los 1980, y con una aceleración considerable desde la segunda mitad de los 1990, estos países experimentaron una radical transformación en sus saldos migratorios, convirtiéndose en unos de los principales países receptores de Europa. Así, los residentes extranjeros representan hoy el 11,5% de la población española, frente al 3,8% en 2001, y el 8,7% de la población italiana, frente al 2,3% en 2001 (INE, 2019; ISTAT, 2019).

Sin embargo, pese al rápido aumento de los flujos migratorios, España e Italia aprobaron sus primeras leyes exhaustivas de inmigración e integración de los inmigrantes a finales del milenio (respectivamente, la Ley Orgánica 4/2000 y la Ley 40/1998). También como resultado de ello, la presencia significativa de ISI ha pasado a ser una característica destacada de las pautas migratorias hacia estos dos países, a la que los gobiernos centrales han respondido con regularizaciones periódicas (a partir de 1985: 6 campañas de regularización en España, la última en 2006; 8 campañas de regularización en Italia, la última en 2020) y, más recientemente, con un fuerte énfasis en los controles fronterizos, también en respuesta a su papel de «guardianes» de las fronteras externas de la Unión Europea.

En particular, la presencia de una cuota significativa de ISI en España e Italia ha sido el resultado de las demandas procedentes del mismo mercado de trabajo en los dos países. La necesidad de una mano de obra flexible, precaria y mal remunerada en los sectores agrícola y terciario —y en particular en el sector informal, aunque intensivo, de los servicios domésticos y de cuidados en países estructurados alrededor de un Estado de Bienestar familiarista (Da Roit, González Ferrer y Moreno Fuentes, 2013)— ha representado un factor de atracción específico de los flujos de inmigración hacia España e Italia, cuyas respuestas políticas han permitido simultáneamente la creación y la explotación informal, así como la criminalización formal, de los ISI.

Junto a esas similitudes en las dinámicas y políticas de inmigración, España e Italia presentan características similares en relación a sus sistemas sanitarios. Al final del siglo xx, ambos países pasaron de regímenes sanitarios categóricos a regímenes universales, con la creación del *Sistema Nacional de Salud* (SNS) en España (Ley 14/1986) y del *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) italiano (Ley 833/1978). Además, y lo que es más importante para el objetivo de este capítulo, uno de los principales rasgos de los regímenes sanitarios español e italiano es su alto grado de descentralización, tanto en la adopción de decisiones políticas, como en lo concernien-

te a la gestión de los sistemas (Moreno, 2009; Ferrera, 2008). Tanto el SNS español como el SSN italiano se caracterizan por su carácter profundamente descentralizado —el primero estructurado en los 17 Sistemas Regionales de Salud (SRS), el segundo en los 20 *Sistemi Sanitari Regionali* (SSR)— cuya coordinación debería realizarse a través de un órgano intermedio —el Consejo Interterritorial del SNS en España, la Conferencia Permanente para las relaciones entre el Estado y las Regiones y Provincias Autónomas de Trento y Bolzano en Italia.

4. DINÁMICAS DE *POLICY-MAKING* Y REFORMAS EN ESPAÑA E ITALIA

4.1. *Reformas y contrarreformas en España: conflictos múltiples y universalismo mutilado*

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, que explicitaba su objetivo de establecer un sistema sanitario universalista en España, el SNS experimentó un incremento gradual de su rango de cobertura, hasta incluir a la práctica totalidad de la población residente en el país (Moreno Fuentes, 2015).

La inclusión de los ISI entre los beneficiarios del sistema representó un paso fundamental a lo largo de ese proceso, tras la adopción de la Ley de Extranjería 4/2000. Previamente a la aprobación de dicha Ley, el acceso al SNS por parte de este colectivo estaba limitado a menores, embarazadas, urgencias y al tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas. Para hacer frente a dicha exclusión, «actores comprometidos» —como ONG, servicios de salud pública y profesionales sanitarios— proporcionaban de manera informal y voluntaria atención sanitaria para ese colectivo, lo que suponía que el acceso a la atención sanitaria de los ISI dependía de las decisiones discrecionales de los profesionales sanitarios (Moreno Fuentes, 2004).

A principios de 1999, sin embargo, el tema del acceso de los inmigrantes en situación irregular a la atención sanitaria entró, de manera clara en la agenda política española. A pesar de la relativa debilidad de la coalición de organizaciones que reclamaba la inclusión de ese grupo al SNS y de la oposición del Gobierno del PP, esa movilización encontró una ventana de oportunidad en el proceso de adopción de la Ley 4/2000, a través de la cual se vinculó la titularidad al SNS de este colectivo al criterio de la «residencia habitual», a través del mecanismo del empadronamiento.

Finalmente, la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública 33/2011 eliminó las últimas barreras a las cuales se enfrentaban determinados colectivos (ciudadanos españoles que no cotizaban a la Seguridad Social y que disponían de rentas por encima de un determinado umbral), convirtiendo el SNS en un sistema plenamente universal.

Sin embargo, ese proceso de universalización se vio súbitamente interrumpido unos meses después, con la adopción del Real Decreto-ley (RDL) 16/2012, de 20 de abril, «de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones». Aunque la financiación del SNS seguía desvinculada del sistema de cotizaciones sociales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), la reforma adoptada por el gobierno del PP reintroducía las figuras de «asegurado» y «beneficiario» para referirse a las personas cubiertas por el SNS, planteando un cambio radical de filosofía del sistema sanitario y dejando fuera de las prestaciones del SNS a diversos colectivos. Entre ellos, los ISI (con la excepción de los menores de edad y mujeres embarazadas), que desde ese momento tenían derecho tan solo a la atención en caso de emergencia o de enfermedad infecto-contagiosa.

Reinterpretando un informe del Tribunal de Cuentas (2012), en el que se señalaba la existencia de problemas en el intercambio de información entre los 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), los promotores del RDL 16/2012 justificaron dicha exclusión con la necesidad de 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». Así, para el portavoz adjunto del grupo popular en el Congreso de los Diputados, «España debe dejar de ser un país en el que la gente se empadrona, incluso sin residir, solo con el objetivo de acceder al servicio sanitario y a prestaciones sociales, cuando ni siquiera tienen trabajo».

Sin embargo, tras la introducción «top-down» del RDL 16/2012, el gobierno del PP se enfrentó a una amplia oposición social que reunió a una gran variedad de actores no gubernamentales que pidieron 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 (tal como Yo Sí Sanidad Universal y REDER), y el Defensor del Pueblo—, así como a una resistencia «bottom-up» de varias CCAA, aunque las reacciones iniciales fueron muy heterogéneas. De hecho, Andalucía y Asturias continuaron atendiendo a los inmigrantes en situación irregular tal y como lo hacían con anterioridad a la aprobación del RD 16/2012; un segundo grupo (Aragón, Canarias, Cantabria, Cataluña, Comunitat Valenciana, Euskadi, Extremadura, Galicia, y Navarra) estableció programas específicos, mientras que la Comunidad de Madrid, Baleares, Castilla y León, Murcia y La Rioja introdujeron algunas excepciones en la exclusión sanitaria de dicho colectivo. Notablemente, lo que inicialmente parecía ser un choque horizontal entre CCAA gobernadas por coaliciones opuestas se convirtió en un conflicto vertical entre los gobiernos nacional y regionales.

Recurriendo a argumentos éticos y de salud pública, Navarra (UPN) y Euskadi (PSE-EE) fueron de las primeras CCAA en promulgar leyes regionales contra el RDL 16/2012 con objeto de defender los valores fundamentales de universalidad y equidad del SNS (Acta Sanitaria, 2016; El Correo, 2017), así como para garantizar el «derecho a la salud y a la integridad física» de los inmigrantes en situación irregular (Público, 2012). Sin embargo, la mayoría de las CCAA decidieron facilitar indirectamente la asistencia sanitaria universal para los inmigrantes en situación irregular recurriendo a instrucciones, órdenes o reglamentos. Desde esta perspectiva, la confrontación política parece una dimensión central del diseño de políticas en contextos de gobernanza multinivel, y decisiones como la de incluir a los ISI en el rango de cobertura del sistema sanitario puede convertirse en un factor de afirmación política frente a las decisiones del Gobierno central.

Además, cabe destacar que los argumentos presentados por los gobiernos autonómicos para justificar estas medidas revelan un profundo arraigo en el universalismo por parte de los actores institucionales del SNS, a pesar del color político de sus gobiernos. Como afirmó claramente el Secretario General de la Consejería de Salud de Andalucía (PSOE), «Es posible que nuestra decisión de seguir prestando asistencia sanitaria haya sido utilizada en el debate político contra el gobierno central. Sin embargo, nosotros [en Andalucía] siempre hemos garantizado la asistencia sanitaria para todos. Independientemente de la competencia política, es lo que siempre hemos hecho, es lo que afirma nuestro Estatuto de Autonomía, que cualquier persona que viva en Andalucía tiene derecho a la asis-

tencia sanitaria. Y esto es mucho antes del debate político». Significativamente, argumentos parecidos de «dependencia de la senda» fueron utilizados por aquellas CCAA que, aunque gobernadas por el PP, continuaron proporcionando asistencia sanitaria a los ISI. Así, el Director General del Departamento de Salud de la Comunitat Valenciana declaró que «no se puede cambiar la forma de ver el universalismo y la asistencia sanitaria. Hay una obligación, una ética de los profesionales de la salud y de todo el sistema de salud para proporcionar atención a los que la necesitan. No se puede cambiar esto.»

En un claro camino de convergencia hacia el restablecimiento «desde abajo» del universalismo, a principios de 2018 casi todas las CCAA habían adoptado medidas para eludir la ley nacional, abriendo el camino a la contrarreforma de 2018. De hecho, una de las primeras medidas adoptadas por el gobierno encabezado por el PSOE fue la aprobación del RDL 7/2018 definiendo 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 golpe radical de timón, truncando la deriva del PP hacia un sistema sanitario basado en el aseguramiento.

Sin embargo, esta medida dista mucho de ser un regreso a la política previa a 2012. Si bien se reconoce el derecho a la atención sanitaria a los ISI, estos deben cumplir una serie de requisitos y procedimientos para hacer efectivo dicho derecho (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Resolución de 20 de junio de 2019), produciendo una noción restrictiva de «universalidad» e introduciendo barreras significativas a la realización del derecho a la salud, como documentan los numerosos casos de exclusión denunciados por distintas organizaciones desde la aprobación del RDL 7/2018 (Yo Sí Sanidad Universal, 2019; Defensor del Pueblo, 2019).

Sin embargo, a diferencia de la reforma del 2012, este nuevo marco político no se ha enfrentado a una larga oposición desde abajo. Por un lado, las CCAA —junto a representantes de diferentes unidades del Ministerio de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III, del INGESA y de las mutualidades de funciones— han sido incluidas en el proceso de toma de decisiones que ha conducido a la adopción de la Resolución de 2019, limitando así las posibilidades de abrir —o por lo menos de visibilizar— nuevos conflictos verticales. Por otro lado, sólo algunos de los actores que

se comprometieron activamente contra la reforma de 2012 se han movilizado contra la contrarreforma del PSOE. A pesar de las denuncias de los efectos excluyentes del RDL 7/2018, estas críticas no se han convertido en una movilización generalizada desde abajo. En lo que respecta a los potenciales votantes del PSOE, el universalismo se ha recuperado de facto.

4.2. Policy making y *coaliciones en Italia: conflictos desde arriba, derechos extendidos desde abajo*

Hasta finales de los años 1980, el acceso a la atención sanitaria de los ISI fue un tema descuidado en el debate político y público italiano, y ese colectivo estaba formalmente excluido del SSN, excepto en el caso de la atención de urgencia. Cuando, a principios de los 1990, el país experimentó una radical transformación en su saldo migratorio y se puso de manifiesto la necesidad de una reforma integral de las políticas de inmigración en el país, el tema de la atención sanitaria de los ISI ganó impulso gracias a una movilización desde abajo de diferentes organizaciones humanitarias, asociaciones profesionales y trabajadores sanitarios, muchos de los cuales se unieron para crear una red profesional nacional especializada en la salud de los inmigrantes (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, SIMM) que abogaba por la adopción de una política inclusiva que regulase los derechos sanitarios de ese colectivo (Geraci y Bodini, 2011). Esta coalición fundamentó sus reivindicaciones en discursos médico-humanitarios, invocando el imperativo ético y moral de garantizar la atención sanitaria a las personas vulnerables en un período caracterizado por el aumento de las entradas por la ruta de los Balcanes tras el conflicto en Yugoslavia.

Como resultado de esa movilización, en 1995 la recién nacida SIMM fue invitada por el Ministro de Sanidad del Gobierno técnico de Amato¹ a participar en la redacción de lo que se convertiría en la actual «Sección

¹ A principios de los 1990, la creciente deuda pública italiana y la necesidad de cumplir el Pacto de Estabilidad de la Unión Europea tras la crisis financiera y económica de septiembre de 1992 y los escándalos de sobornos políticos de Tangentopoli que estallaron en 1991, llevaron a la fin de la llamada «Primera República» y de los partidos políticos históricos de la Democrazia Cristiana y del Partito Socialista Italiano. La transición hacia la llamada «Segunda República», en un período de grave crisis económica, fue guiada por el gobierno técnico dirigido por Giuliano Amato.

de salud» de la Ley de Inmigración de 1998, que garantiza a los ISI los tratamientos «urgentes y esenciales» y la continuidad de la atención, que debe proporcionarse gratuitamente a los que carecen de recursos económicos suficientes. Tal como se establece en la Circular 5/2000 del Ministerio de Sanidad, esta definición incluye todos los servicios y tratamientos enumerados por los «Niveles Mínimos de Asistencia Sanitaria» establecidos por el Ministerio de Sanidad y garantizados a toda la población residente.

Sin embargo, desde la aprobación de la Ley de 1998, el ámbito de las políticas de regulación del acceso a la asistencia sanitaria para los ISI se ha caracterizado por una implementación desigual del marco legislativo en el país y por la emergencia de dinámicas conflictivas entre el Estado central y las Regiones debido a la naturaleza de este ámbito de política —que permanece entre las políticas de inmigración, de competencia nacional, y las políticas sanitarias, de competencia regional— y a la compleja articulación de la estructura de gobernanza multinivel del SSN italiano. Ya en 1999, de hecho, el Decreto ejecutivo de la Ley de 1998 (Decreto del Presidente de la República 394/1999) institucionalizó esta ambigüedad, encargando al gobierno central especificar tanto los criterios de elegibilidad de los ISI a la asistencia sanitaria (presencia irregular en Italia; no cobertura sanitaria en otro país; estatus de indigencia económica que impide que la persona pague sus tratamientos), como los servicios mínimos que deben garantizarse a ese colectivo, mientras que hizo a las Regiones responsables de identificar «las formas más adecuadas» para garantizar la realización de dicho derecho.

En 2008 sólo 12 Regiones sobre 20 habían adoptado medidas específicas relativas a la prestación de servicios sanitarios a los ISI. Reflejando las distintas «tradiciones regionales de welfare» en Italia (Fargion, 2005) y los distintos modelos regionales de integración de los migrantes (Campomori y Caponio, 2010), es posible situar las iniciativas de las Regiones en un continuo que va desde las políticas sanitarias altamente inclusivas y receptivas, que desde la aprobación de la Ley de 1998 ampliaron el acceso de los ISI a la atención sanitaria en comparación con las indicaciones mínimas nacionales (en Regiones como Emilia-Romagna en el norte del país, Toscana, Marche, Umbría y Lazio en el centro, y Puglia en el sur); o Regiones con políticas sanitarias inclusivas pero poco receptivas de la diversidad, que garantizan el acceso a la atención sanitaria para los ISI al tiempo que prestan menos atención al tema de los servicios «culturally-sensitive»

(como en Lombardía y Veneto, en el norte de Italia); hasta Regiones con políticas residuales, que prestan poca o ninguna atención a la población inmigrante y a sus necesidades específicas (como en Molise y Basilicata, en el sur del país) (Perna, 2016).

Frente a esa heterogeneidad, ese ámbito se ha caracterizado por la emergencia de dos dinámicas opuestas en la formulación de políticas, una activada desde arriba —de «comando y control» por parte del Estado central— y la otra impulsada desde abajo —por parte de una coalición de actores comprometidos. En cuanto a la primera, desde mediados de los años 2000, los gobiernos centrales —y en particular los gobiernos de centro-derecha— han tratado de limitar los márgenes de maniobra de las Regiones judicializando ese ámbito de política, abriendo disputas ante aquellas Regiones cuyas políticas ampliaban los criterios de elegibilidad de los ISI al SSN (Biondi Dal Monte, 2011). Así, por ejemplo, en el preámbulo de la ley regional de Toscana se afirma que «la posibilidad de acceder a los servicios sanitarios y sociales destinados a garantizar el bienestar de una persona independientemente de su permiso de residencia se promulga y reconoce el valor de la ciudadanía social a las personas, independientemente de su condición jurídica o pertenencia nacional» (Toscana, Ley Regional 29/2009). Asimismo, las leyes de la Región Campania y Puglia definen varias intervenciones en los ámbitos de la vivienda, la formación profesional, el empleo y, en particular, la atención sanitaria a favor de los «inmigrantes», sin especificar la condición de la presencia, permitiendo así que los ISI pudiesen beneficiarse de niveles de protección social y sanitaria adicionales a los definidos por la Ley de 1998 (Puglia, Ley Regional 32/2009; Campania, Ley Regional 6/2010).

Desde el punto de vista del Gobierno central, dichas leyes regionales invadían la competencia exclusiva del Estado en temas de inmigración, ya que «facilitan la estancia ilegal de los inmigrantes, mientras que [la estancia ilegal] debe concluir necesariamente con la expulsión de la persona o su detención en un centro de identificación y expulsión» (Biondi Del Monte, 2011: 1088). Tras llevar estas leyes al Tribunal Constitucional, este Tribunal reconoció la legitimidad de las leyes regionales (Tribunal Constitucional, sentencias 269/2010, 299/2010 y 61/2011), afirmando que es la misma Ley de 1998 la que garantiza «los derechos humanos fundamentales de los extranjeros, independientemente de su condición jurídica», y que la asistencia sanitaria es el único derecho definido de manera explícita como «fundamental» en la Constitución italiana (artículo 32).

Por otro lado, el campo de las políticas que regulan la asistencia sanitaria para los ISI se ha caracterizado por la emergencia de otra dinámica de toma de decisiones, esta vez activada desde abajo. A propuesta de la Región Marche, en 2008 se creó un Grupo Técnico Interregional sobre Inmigración y Servicios de Salud, con el objetivo de aclarar la legislación nacional y supervisar su aplicación por parte de las Regiones. Compuesto inicialmente por representantes de los Departamentos de Sanidad de distintas Regiones (como Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Umbria, Marche, Lazio, Puglia) y de la mencionada SIMM (cuyos miembros han sido a menudo los funcionarios regionales encargados de la organización de los servicios de salud para los ISI en distintas Regiones), a lo largo del tiempo ese Grupo Interregional se ha ido ampliando e institucionalizando, hasta incluir hoy en día a todas las Regiones y al mismo Ministerio de Sanidad.

Durante sus trabajos, la naturaleza problemática de la intersección entre las políticas (y actores) de control de la inmigración y las políticas (y actores) de la sanidad emerge como un desafío estructural para la elaboración de políticas coherentes. Como indica un informe del Grupo, «las indicaciones relativas a la atención sanitaria de los ISI proceden principalmente del Ministerio de Interior y no del de Sanidad, lo que crea contradicciones entre circulares. Por lo tanto, se ha decidido que, cuando existan indicaciones del Ministerio de Sanidad, es conveniente referirse a ellas y no a las del Ministerio de Interior, ya que es el primero el que tiene competencias en materias de atención sanitaria» (Grupo Interterritorial, 2010).

La naturaleza problemática de la intersección entre políticas y actores de control de la inmigración y de sanidad emergió de manera aún más clara en 2009, cuando el entonces Gobierno central —compuesto por una coalición de centro-derecha que incluía a la Liga Norte— intentó introducir la obligación de denunciar a la policía a los ISI por parte de los profesionales sanitarios. Contra esa amenaza, esta coalición «comprometida» desarrolló una doble estrategia de oposición: «desde adentro», cuestionando formalmente la propuesta del gobierno en las sedes institucionales (Grupo Interterritorial, 2009); y «desde fuera», organizando una amplia movilización contra la propuesta del Gobierno central, llamada «Yo no denuncio». Esta estrategia «de pinza» finalmente condujo a la retirada de la propuesta del texto de la ley.

Finalmente, y a pesar de esos momentos de «crisis institucional» (Alink *et al.*, 2001), en 2011 —en el pico de la crisis económica y política

italiana tras de la crisis financiera de 2007— el documento «Indicaciones para la correcta aplicación de la legislación sobre la asistencia sanitaria a la población extranjera de las Regiones y Provincias Autónomas italianas» elaborado por el Grupo Interregional después de tres años de debate interno recibió el aval del entonces Ministerio de Sanidad, que acogió con especial satisfacción la metodología de trabajo del Grupo Técnico, ya que «expresa una justa cooperación entre las administraciones central y regional». Ese documento fue objeto de un Acuerdo Estado-Regiones firmado en diciembre de 2012 para alcanzar una mayor homogeneidad entre Regiones en cuanto al acceso de los inmigrantes al SSN, introduciendo así importantes innovaciones promovidas por las Regiones «comprometidas» hacia una extensión de la titularidad y cobertura de los servicios sanitarios a favor de los ISI: entre otras, la inscripción de todos los menores y de los solicitantes de asilo al SSN en igualdad de condiciones con los ciudadanos italianos (Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2012).

5. DISCUSIÓN

La definición de las políticas que regulan el acceso a la sanidad de los ISI refleja claramente las tensiones que pueden surgir al vincular lógicas y objetivos potencialmente conflictivos entre los actores que operan en los distintos niveles de la estructura de gobernanza multinivel de los sistemas sanitarios. Estas tensiones pueden desarrollarse horizontalmente, ya que el ámbito de la asistencia sanitaria de los ISI a menudo se superpone entre las políticas de inmigración y las políticas sanitarias, así como verticalmente, en particular en los países con sistemas sanitarios altamente descentralizados, en la medida en que las políticas de inmigración y la legislación sanitaria básica suelen ser responsabilidad del gobierno central, mientras que la regulación específica y organización de los servicios sanitarios caen dentro de las competencias de actores sub-nacionales. Lejos de constituir un «nicho» de la investigación en políticas sociales, el ámbito de las políticas que regulan el acceso a la asistencia sanitaria de los ISI es representativo de las dinámicas de toma de decisiones —potencialmente tensas y conflictivas— que vinculan simultáneamente a los múltiples niveles de gobernanza del Estado de Bienestar, así como de las distintas definiciones de pertenencia y ciudadanía social que estos conllevan.

Desde esta perspectiva, este estudio se ha centrado en el análisis de los procesos de adopción y reforma de este ámbito de políticas en España e Italia, dos países caracterizados por una población de origen inmigrante que con frecuencia se encuentra en situación administrativa irregular, y con sistemas sanitarios universales y descentralizados.

En ambos países, hasta finales de los años 1990, el acceso a las prestaciones sanitarias de este colectivo estaba limitado a servicios de urgencias y embarazadas. Frente a esa ceguera institucional, diversos circuitos paralelos informales (como las 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 (Moreno Fuentes, 2004; Zincone, 1998), haciendo depender el acceso a la atención sanitaria de la buena voluntad de los profesionales sanitarios.

El tema de la cobertura sanitaria a los ISI irrumpió en la agenda política española e italiana al fin del milenio cuando, en ambos países, una coalición de organizaciones propugnó la incorporación sanitaria de dicho colectivo, encontrando una ventana de oportunidad política favorable en el proceso de reforma de la política migratoria. En España, la Ley de Extranjería 4/2000 introdujo el derecho de los ISI a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, a través del mecanismo del empadronamiento, mientras que en Italia, la Ley de Inmigración 40/1998 garantizó a ese colectivo el acceso a —y la continuidad de— todos los servicios y tratamientos incluidos en los Niveles Mínimos de Asistencia Sanitaria establecidos por el Ministerio de Sanidad y garantizados a la población residente.

No es de extrañar, por tanto, que los sistemas sanitarios de España e Italia hayan sido considerados durante mucho tiempo como unos de los más inclusivos hacia los ISI en Europa (Cuadra, 2012), como consecuencia de la extensión de la lógica universalista de sus sistemas sanitarios y del reconocimiento de facto del papel fundamental que desempeña ese colectivo en la economía y el Estado de Bienestar familiarista de los dos países.

A lo largo del tiempo, y en particular después de la Gran Recesión de 2008, la cuestión del acceso a la atención sanitaria de los ISI volvió a entrar en la agenda política de los distintos actores de la gobernanza multi-nivel de los sistemas sanitarios, activando un proceso de re-definición de los marcos normativos en ambos países, que se materializó en 2012.

A pesar de las similitudes mencionadas anteriormente, estos procesos han seguido trayectorias institucionales opuestas: «top-down» y altamente conflictivas en España, «bottom-up» e incrementales en Italia. La estructura institucional del SNS español y del SSN italiano, y su naturaleza profundamente descentralizada, han dado pie al surgimiento de una gran diversidad de respuestas a las demandas de salud de los ISI, como reacción ante la decisión del Estado central de excluir a dicho colectivo del sistema sanitario público en España, como consecuencia de la atribución de amplios márgenes de discrecionalidad institucional a las Regiones por la misma Ley de inmigración en Italia. En particular, en España, la introducción «top-down» de una reforma radical del sistema sanitario por parte del gobierno del PP en 2012 activó una oposición «bottom-up» por parte de la mayoría de CCAA, activando un conflicto vertical entre el Estado central y los gobiernos autonómicos. La contrarreforma de 2018 del gobierno del PSOE, a pesar de explicitar entre sus objetivos declarados «blindar el universalismo», ha mantenido —e incluso reforzado— barreras significativas en el acceso a la sanidad de los inmigrantes en situación irregular, sin tener que enfrentarse a la oposición de las mismas CCAA que se opusieron al RDL 16/2102. Aprendiendo de la experiencia fallida de su predecesor, el gobierno del PSOE ha limitado la elegibilidad de los ISI a la sanidad con el apoyo de las CCAA, involucrándolas en el proceso de definición de los mecanismos y procedimientos de registro de dicho colectivo en el SNS.

Al revés, en Italia el proceso de reforma ha seguido una dinámica incremental «desde abajo». Resultante de la movilización de una red de organizaciones y profesionales de salud y de su inclusión formal en el proceso de definición del marco legislativo, la misma Ley de 1998 concedió amplios márgenes de autonomía a las Regiones a la hora de definir las modalidades concretas de provisión de la atención sanitaria a dicho colectivo, estructurando por lo tanto distintos modelos regionales que reflejaban las diferentes tradiciones regionales en temas de welfare e integración de los migrantes en el país. A lo largo del tiempo, estos mismos actores, y en particular la red profesional SIMM (cuyos miembros han sido a menudo los propios funcionarios regionales encargados de la organización de los servicios de salud para ese colectivo en distintas Regiones) y las Regiones «comprometidas» han jugado un papel fundamental en el proceso de extensión de los derechos sanitarios de los ISI, lo cual ha sido institucionalizado y legitimado por parte del mismo Estado central. Al actuar de

manera coordinada hacia la extensión de la titularidad de dicho colectivo al SSN, estos actores han desempeñado a la vez el papel de «defensores institucionales» (Battilana *et al.*, 2009), enfrentando «desde adentro» y «desde fuera» el Gobierno central en sus intentos —fallidos— de recortar los derechos sanitarios de los ISI.

Incluso sin alcanzar la plena soberanía, los actores regionales configuran sus propios espacios de ciudadanía social, «apropiándose» de algunos de los derechos que constituyeron el sello distintivo de la ciudadanía nacional durante la mayor parte del siglo XX. En última instancia, aunque los gobiernos regionales no siempre disponen de todo el armamento de la ciudadanía que poseen los gobiernos centrales, a veces pueden iniciar —así como resistir— las decisiones del gobierno central, participando en la (re-)definición del significado de la ciudadanía social y de sus titulares legítimos.

BIBLIOGRAFÍA

- ACTA SANITARIA, *El País Vasco defiende sus competencias ante la «reforma encubierta de la Ley de Sanidad*, 14 de septiembre de 2016.
- ALINK, F.; BOIN, A. y T'HART, P. (2001), «Institutional crises and reforms in policy sectors: the case of asylum policy in Europe», *Journal of European Public Policy*, vol. 8, no. 2, pp. 286-306.
- AMBROSINI, M., y VAN DER LEUN, J. (2015), «Implementing human rights: civil society and migration policies», *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, vol. 13, no. 2, pp. 103-115.
- BATTILANA, J.; LECA, B., y BOZENBAUM, E. (2009), «How Actors Change Institutions: Toward a Theory of Institutional Entrepreneurship», *The Academy of Management Annals*, vol. 3, no. 1, pp. 65-107.
- BIONDI DAL MONTE, F. (2011), «Regioni, immigrazione e diritti fondamentali», *Le Regioni* 5/2011, pp. 1086-1110.
- CAMPANIA. Ley Regional 6/2010, de 8 de febrero. Norma per l'inclusione sociale, economica e culturale delle persone straniere presenti in Campania.
- CAMPOMORI, F. y CAPONIO, T. (2013), «Competing frames of immigrant integration in the EU: geographies of social inclusion in Italian regions», *Policy Studies*, vol. 34, no. 2, pp. 162-179.
- CONFERENZA PERMANENTE per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 20 de diciembre de 2012. *Accor-*

do, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome».

CUADRA, B. C. (2012), «Right to access health care for undocumented migrants in EU: a comparative study on national policies.» *European Journal of Public Health*, vol. 22, no. 2, pp. 267-271.

DA ROIT, B.; GONZÁLEZ FERRER, A. y MORENO FUENTES, F. J. (2013), «The Southern European migrant-based care model», *European Societies*, vol. 15, no. 4, pp. 577-596.

DECRETO DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA 394/1999, de 31 de agosto. Reglamento recante norme de attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

DEFENSOR DEL PUEBLO. «El Defensor del Pueblo formula nuevas recomendaciones para garantizar el derecho a la salud», 28 de noviembre de 2019. <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/asistencia-sanitaria-universal/>.

EL CORREO. «La Sanidad vasca estudia cómo atender a los «sin papeles» tras la prohibición del Constitucional», 2 de diciembre de 2017. <https://www.elcorreo.com/sociedad/salud/sanidad-vasca-estudia-20171202012226-nt.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F>.

EL PAÍS. «El Partido Popular afirma que “la salud universal no es para todo el Universo”», 13 de agosto de 2012. https://elpais.com/ccaa/2012/08/13/andalucia/1344873261_250601.html.

FARGION, V. (2005), «From the Southern to the Northern Question: Territorial and Social Politics in Italy», in *The Territorial Politics of Welfare*, editado por N. McEwen y L. Moreno, pp. 127-147. London: Routledge.

FERRERA, M. (2008), «From Welfare State to Welfare Regions: The Spatial Reconfiguration of Welfare in Europe», *Italian Journal of Social Policy*, 3/2008, pp. 17-49.

GEDDES, A. (2003), «Migration and the Welfare State in Europe», *The Political Quarterly*, vol. 73, no. s1, pp. 150–162.

GERACI, S. y BODINI, C. (2011), «Network of Networks for Immigrants» Health», *Salute e Società*, vol. X, no. 2, pp. 148–161.

- GRUPO INTERTERRITORIAL INMIGRACIÓN Y SERVICIOS DE SALUD (2019), *Verbale incontro tecnico interregionale «Immigrati e servizi sanitari»*, 10 de noviembre de 2009.
- (2010), *Verbale incontro tecnico interregionale «Immigrati e servizi sanitari»*, 21 de enero de 2010.
- GUIRAUDON, V. y LAHAV, G. (2000) «A reappraisal of the state sovereignty debate: the case of migration control», *Comparative Political Studies*, vol. 33, no. 2, pp. 163-195.
- HALL, M. A. y PERRIN, J. (2015) «Irregular Migrant Access to Care: Mapping Public Policy Rationales», *Public Health Ethics*, vol. 8, no. 2, pp. 130-138.
- INGLEBY, D. y PETROVA-BENEDICT, R. (2016) *Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus*. Octubre 2016. Bruselas: Organización Internacional para las Migraciones. http://equi-health.eea.iom.int/images/Expert_consensus_Recommendations.pdf.
- KEATING, M. (2013), *Rescaling the European state: The making of territory and the rise of the Meso*. Oxford: OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- KING, R. y DEBONO, Daniel (2013), «Irregular Migration and the «Southern European Model» of Migration», *Journal of Mediterranean Studies*, vol. 22, no. 1, pp. 1-31.
- LEY 833/1978, de 23 de diciembre, Istituzione del servizio sanitario nazionale.
- 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad*.
- 40/1998, de 6 de marzo, Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.
- 33/2011, de 4 de octubre, *General de Salud Pública*.
- Orgánica 4/2000, de 11 de enero, Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social.
- MCEWEN, N. y MORENO, L. (2005), *The Territorial Politics of Welfare*. London: Routledge.
- MINISTERIO DE SANIDAD, Circular 5/2000, de 24 de marzo. Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero» — Disposizioni in materia di assistenza sanitaria.
- MARCHE - Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze (2008), *Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regiona-*

li, 20 de septiembre de 2008. <http://docplayer.it/3779802-Immigra-ti-e-servizi-sanitari-in-italia-le-risposte-dei-sistemi-sanitari-regiona-li-marzo-2008.html>.

- MINISTERIO DE SANIDAD, Consumo y Bienestar Social, Resolución de 20 de junio de 2019, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, *por la que se hacen públicas las «Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria»*.
- MORENO, L. (2009), *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.
- MORENO FUENTES, F. J. (2004), *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- (2015), «El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España», *Anuario de la inmigración en España 2014*, Edición 2015, pp. 278-299.
- MORENO FUENTES, F. J.; ARRIBA, A. y MORENO, L. (2006), «Inmigración, diversidad y protección social en España», *Revista Española del Tercer Sector*, vol. 4, pp. 53-97.
- MORTENSEN, P. B. (2013), «(De-)centralisation and attribution of blame and credit», *Local Government Studies*, vol. 39, no. 2, pp. 163-181.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES — OIM. 2016. *Summary Report on the MIPEX Health Strand & Country Reports*, IOM Migration Research Series no. 52, Agosto 2016. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones. Accessed April 15, 2017. https://publications.iom.int/system/files/mrs_52.pdf.
- PICCOLI, L. (2019) «The Regional Battleground: Partisanship as a Key Driver of the Subnational Contestation of Citizenship», *Ethnopolitics*, vol. 18, no. 4, pp. 340-361.
- PERNA, R. (2016) «Salute e Migrazioni. Ricostruire il dibattito tra approcci e prospettive», *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, vol. 2/2016, pp. 373-386.
- PÚBLICO. «El TC da la razón al País Vasco en la sanidad para los “sin papeles”», 17 de diciembre de 2012.
- PUGLIA. Ley Regional 32/2009, de 4 de diciembre. Norma per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia.

- REAL DECRETO-LEY 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- RDL 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
- TOSCANA. Ley Regional 29/2009, de 9 de junio. Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana.
- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia 269/2010, de 7 de julio. Giudizio di legittimità costituzionale dell'articolo 2, comma 2, legge della Regione Toscana 9 giugno 2009, n. 29.
- . Sentencia 299/2010, de 18 de octubre. Giudizio di legittimità costituzionale degli articoli 1, commi 1, 2, lettera h), e 3; 2; 3; 4, comma 4; 5, comma 1, lettere a) e b); 6, comma 1, lettere b) e c), 10, commi 5 e 6; 13; 14 e 15, comma 3, della legge Regione Puglia 4 dicembre 2009, n. 32.
- . Sentencia 61/2011, de 21 de febrero. Giudizio di legittimità costituzionale degli articoli 1, commi 2, lettera a) e 3, lettera b), 2, comma 1, 3, comma 1, 4, comma 2, 8, comma 2, 14, commi 1 e 2, 16, 17, commi 2, 5, 6 e 7, 18, commi 1 e 3, e 20, comma 1, della legge della Regione Campania 8 febbraio 2010, n. 6.
- 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*.
- VAMPA, D. (2016) *The Regional Politics of Welfare in Italy, Spain and Great Britain*. Cham: Palgrave Macmillan.
- YO SÍ SANIDAD UNIVERSAL (2019), *Informe sobre la exclusión sanitaria a un año del RDL 7/2018 sobre «el acceso universal al Sistema Nacional de Salud»*. <https://yosisanidaduniversal.net/materiales/informes/informe-sobre-la-exclusion-sanitaria-un-ano-despues-del-rdl-7-2018>.
- ZINCONE, G. (1998), «Illegality, Enlightenment and Ambiguity: A Hot Italian Recipe,» *South European Society and Politics*, vol. 3, no. 3, pp. 45-82.