



Posicionamiento de la SEE sobre el Anteproyecto de ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud¹

Ideas clave

- El sistema sanitario es un determinante de salud de la población, pero su actuación debe estar enmarcada en el modelo de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud.
- La implementación de la estrategia de Salud en Todas las Políticas permite avanzar hacia el cumplimiento equitativo del derecho a la salud.
- Una cobertura universal de salud debe garantizar que todas las personas puedan acceder, sin discriminación, a una atención sanitaria oportuna, efectiva y de calidad.
- Existen desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud, tanto de cobertura pública como en aquellos no cubiertos por el sistema, que generan desigualdades en la salud de la población, en especial de grupos vulnerabilizados como la población migrada.
- El RD16/2012 supuso una limitación al derecho a la salud, que provocó no sólo la aparición de nuevas barreras de acceso al sistema, sino un agravamiento de las barreras preexistentes para la utilización de los servicios de salud por parte de la población migrada.
- El RLD 7/2018 no consiguió restaurar la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas, sino que complejizó el acceso a la misma y provocó en los grupos de población más vulnerabilizados la imposibilidad de realización efectiva y equitativa a ese derecho hasta la actualidad.
- Es necesario avanzar hacia un modelo de gobernanza por la salud y en la incorporación de la estrategia de Salud en Todas las Políticas para la mejora de la salud poblacional y la reducción de las desigualdades sociales en salud.
- El *Anteproyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*, es un reto que debe ser visto como una oportunidad para garantizar un efectivo y equitativo derecho a la salud.

¹ Documento redactado por Yolanda González-Rábago, Daniel La Parra, Constanza Jacques y Mariona Pons, en nombre de la Iniciativa de Inmigración del Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología.

Introducción

Los sistemas sanitarios, entendidos como todas aquellas organizaciones, instituciones y recursos encaminadas a promover, restablecer o mantener la salud(1), son un determinante de la salud de la población. Su actuación, muchas veces entendida únicamente como la asistencia sanitaria que se provee a las personas cuando éstas enferman, es solo una parte de la influencia que un sistema de salud ejerce sobre la salud de la población. De hecho, se estima que tan solo el 25% de nuestra salud está determinada por los sistemas sanitarios, mientras que los determinantes sociales de la salud son responsables de al menos el 50% de la misma. Los determinantes sociales de la salud son aquellas condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que determinan la salud y que una desigual distribución de las mismas produce inequidades en la salud y el bienestar de las poblaciones.

En este sentido, la implementación de la estrategia de Salud en Todas las Políticas permite avanzar hacia el cumplimiento equitativo del derecho a la salud. Ello requiere identificar y tener en cuenta los efectos que las políticas económicas, sociales, de vivienda, laborales, de extranjería y los sistemas políticos en general tienen en la salud de la población y en las desigualdades sociales en salud. En este contexto, la promoción de una mayor equidad en salud entre los diferentes grupos de la población(2), debería centrar esfuerzos en los sectores con menos recursos, entre los cuales, las personas migradas se encuentran claramente presentes. Ello implica asumir un enfoque de universalismo proporcional(3), esto es, considerar las necesidades específicas de los diferentes grupos de población, así como el diferente impacto que las políticas, tanto sanitarias como no sanitarias, tienen en estos.

Por tanto, resulta fundamental incluir el análisis de impacto en salud y equidad en salud en las estrategias y directrices de otros sectores que provienen de diferentes ámbitos del conocimiento y de la acción política, desde un enfoque intersectorial. Esto implica, no sólo ahora pero sí de forma aún más intensa en el actual contexto de crisis sanitaria y social generada por la pandemia de la COVID-19, considerar también en términos de salud los impactos de las actuales dificultades de acceso del mercado laboral y su repercusión económica desigual, y valorar cómo está afectando esta crisis a la capacidad de hacer frente a los gastos para cubrir necesidades básicas en la población, como son el acceso a la alimentación saludable o el pago de la vivienda (evitando posibles desahucios). Asimismo, conlleva la consideración del acceso o el mantenimiento del estatus de residente en el caso de las personas migradas extracomunitarias, que dependen directamente de un contrato laboral para preservar su situación administrativa legal(4). En base a las experiencias de crisis económicas anteriores, es esperable que la recesión económica asociada a la pandemia COVID-19 puede tener efectos negativos desproporcionados y duraderos en la integración de las personas migradas y sus hijas/os, a menos que se adopten medidas de apoyo en este sentido(4).

El sistema sanitario desde el marco de los Determinantes Sociales de la Salud y la Salud en Todas las Políticas

Centrándonos en el papel del sistema sanitario, los modelos de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud (5,6), éste es considerado un determinante intermedio, cuya configuración y actuación tiene gran relevancia para entender el acceso a la salud y las diferencias injustas y evitables que suponen las desigualdades sociales en salud. Es conocido que los Sistemas Nacionales de Salud, en contraposición con los Sistemas de Seguros Sociales, obtienen mejores resultados en salud y mayor eficiencia global(7) y generan menores desigualdades(8). Sin embargo, durante las últimas décadas, el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España ha sufrido importantes modificaciones, especialmente debido a las políticas de austeridad, que han cambiado su configuración intensificándose las tendencias mercantilizadoras y privatizadoras, y limitando uno de sus principios básicos como es la universalidad.

Una cobertura universal de salud debe garantizar que todas las personas puedan acceder, sin discriminación, a una atención sanitaria oportuna, efectiva y de calidad, a la vez que se asegura que el uso de los servicios sanitarios no expone a las personas a dificultades financieras añadidas y, en particular, a los grupos vulnerabilizados(9). La cobertura universal es el fundamento de un sistema sanitario equitativo, y ha demostrado incidir no solo en la mejora de la equidad(10,11), sino también en la mejora de la salud de toda la población(12). Además, para que la cobertura universal de salud sea efectiva se requiere que la atención sea gratuita, sin copagos o re-pagos, así como incluir una cartera de servicios que abarque el conjunto de problemas de salud(13,14).

Sabemos que, incluso en los sistemas universales y gratuitos se dan desigualdades de acceso entre diferentes grupos sociales. En el caso de la población migrada, los estudios existentes muestran desigualdades sociales en salud que pueden ser explicadas por desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios. La población migrada se enfrenta a diferentes tipos de barreras en el acceso a la asistencia sanitaria, relativas tanto en relación a las características de esta población como a los factores relativos a los servicios de salud(15). Una revisión de estudios en diferentes países industrializados muestra que, en general, la población migrada utiliza los servicios sanitarios en menor medida que la población autóctona, aunque existen diferentes patrones de uso según nivel asistencial utilizado y el lugar de origen de las personas(16). Distintos estudios realizados en el Estado español antes del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril (RDL 16/2012), han puesto de manifiesto que la población migrada hacía un uso similar de la Atención Primaria que la población autóctona y un uso menor de la atención especializada y los servicios preventivos(17).

Estas desigualdades en el acceso a los servicios de salud de cobertura pública, se intensifican aún más en el caso de aquellos servicios y prestaciones no cubiertos o cubiertos sólo parcialmente por el sistema público, para cuya utilización es necesario el pago directo por parte de la persona usuaria. Es el caso de servicios de dentista, que suponen grandes desigualdades en la salud bucodental(18,19). Además, el pago por acto y la provisión privada constituyen barreras de utilización de servicios como la rehabilitación, la fisioterapia o la podología(20).

Exclusión sanitaria y consecuencias para el derecho a la salud de la población migrada

En abril de 2012, entró en vigor el RDL 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este RDL 16/2012

introdujo cambios legislativos relacionados con la regulación del acceso sanitario, la cartera de servicios del SNS, el copago de medicamentos y productos sanitarios, así como la ordenación de las profesiones sanitarias. Concretamente y en relación con el acceso sanitario, se modificaba el principio de universalidad y se limitaba el derecho de atención sanitaria de la población migrada solo a las personas que tenían residencia legal. Las personas migradas en situación no regularizada solo podían recibir atención de urgencia, durante el proceso asistencial de embarazo, parto y posparto, o en el caso de ser menores de edad. Además cada una de las Comunidades Autónomas aplicaron esta nueva legislación en distintos grados(21).

La adopción del RDL 16/2012 provocó que distintas organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales manifestaran su oposición a esta reforma porque se estaba limitando el derecho a la salud de algunos colectivos especialmente vulnerables de la sociedad(22). Según algunos estudios, con el RDL16/2012, no sólo aparecieron nuevas barreras de acceso al sistema, sino que también se produjo un agravamiento de las barreras preexistentes para la utilización de los servicios de salud por parte de la población migrada(23,24,25).

En el año 2018, se derogó el RDL 16/2012 y se promulgó el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al SNS (RLD 7/2018), que tenía como objetivo recuperar la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas con nacionalidad española y a las extranjeras residentes en España, así como devolver el derecho a la protección de la salud a las personas no registradas o que se encontraran en situación administrativa irregular, garantizando la igualdad efectiva y el acceso universal al SNS.

De esta manera, se restauraba el principio de universalidad que guio el acceso al SNS desde la aprobación de Ley de Extranjería 4/2000 y que quedó suprimido por la aplicación del RDL 16/2012 y el RD 1192/2012, 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 SNS. Sin embargo, mientras que entre el 2000 y 2012, el acceso al SNS se realizaba por un procedimiento relativamente sencillo como era la solicitud de la tarjeta sanitaria para la cual solo se exigía el empadronamiento, pudiéndose contar o no con permiso de residencia en vigor, el RLD 7/2018 optó por un sistema más complejo para definir el acceso a la titularidad del derecho a la protección a la salud y que tiene diversas consecuencias en la realización efectiva de ese derecho hasta la actualidad.

En primer lugar, se distinguen fórmulas diferentes en función de la existencia o no del derecho a la atención sanitaria en el país de nacionalidad (lo que afecta especialmente a nacionales de la Unión Europea, pero también de países con acuerdos bilaterales con España), y que implica para los nacionales de dichos países la realización de trámites administrativos con sus países de nacionalidad, que, en algunas ocasiones, supone problemas importantes de retraso temporal y, en otros casos, exigencias documentales que no pueden ser satisfechas en dichos países, además de costes de tipo económico.

En segundo lugar, la variabilidad de disposiciones a nivel autonómico que modulan las formas concretas en las que se accede al derecho a la atención sanitaria, sobre todo en lo que respecta a la documentación a aportar, produce diferencias en la interpretación del modo concreto en el que implementar el RLD 7/2018.

En tercer lugar, el RLD 7/2018 supone una diferenciación en la provisión de servicios de salud según diferentes grupos de personas migradas y las formas de acceder al SNS, que redonda en la persistencia y el incremento de las desigualdades en salud y el acceso a la salud. Es el caso de: personas institucionalizadas en Centros de Internamientos de Extranjeros (CIE) o Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI), en donde la principal forma de acceso a los servicios de salud es la prestación de servicios de atención primaria dentro de la propia institución que han sido concertados por la administración con empresas y/o entidades del Tercer Sector; menores extranjeros no acompañados, que precisan transformar la vía de acceso a esta titularidad al alcanzar la mayoría de edad; personas con derecho a la cobertura que no consiguen acreditar la documentación reclamada en su Comunidad Autónoma de residencia, y que quedan a la discrecionalidad de la atención en los servicios de urgencias; personas que solicitan asilo, dado que el acceso a la tarjeta sanitaria está vinculado a la tramitación de la “Tarjeta Roja” que les acredita como demandantes de asilo, proceso que está sometido a retrasos en los plazos de meses y años con respecto a lo establecido en la norma; entre otros.

Por último, se puede destacar la falta de previsión del RLD 7/2018 para resolver otro tipo de barreras relacionadas con el idioma; adaptación a las circunstancias socioeconómicas (por ej. en el sistema de citas para realizar los trámites o situaciones de trabajadoras y trabajadores temporales -migrantes circulares o pendulares- en explotaciones agrícolas); escaso desarrollo de mecanismos institucionales para denunciar situaciones de discriminación; y, finalmente, la falta de fondos de investigación y sistemas de información estadística para el conocimiento de estas situaciones.

A modo de conclusión

Por lo tanto, considerado el conocimiento y la evidencia científica existente acerca de los determinantes sociales de la salud, así como de las desigualdades sociales en la salud y en el acceso a la salud, y vistas tanto las consecuencias que tiene la exclusión del SNS de diversos colectivos de personas, en especial, de aquellas en situación más vulnerable, no sólo para la realización efectiva de su derecho a la salud, sino también para la salud del conjunto de la población, el Grupo de Determinantes Sociales de la Salud, y en concreto, la iniciativa de Inmigración, de la Sociedad Española de Epidemiología, queremos llamar la atención sobre el reto al que se enfrenta el *Anteproyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*. Ese reto debe ser visto como una oportunidad para garantizar un efectivo y equitativo derecho a la salud en dos sentidos. Por un lado, una oportunidad para que el sistema sanitario sea garante del acceso equitativo a la atención sanitaria con una reorientación hacia los determinantes sociales de la salud. Y, por otro lado, una oportunidad para avanzar en un modelo de gobernanza por la salud y en la incorporación de la estrategia de Salud

en Todas las Políticas, que conlleva la inclusión de la lente de la salud y la equidad en las políticas no sanitarias, para la mejora de la salud poblacional y la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Bibliografía

1. World Health Organization. WHO Health Systems Framework [Internet] [Internet]. WHO Western Pacific Region; 2017. Available from: http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/
2. World Health Organization. Todo lo que necesita saber sobre la salud en todas las políticas [Internet] [Internet]. World Health Organization; 2017. Available from: www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-es.pdf?ua=1
3. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health* [Internet]. 2015 Sep 15;14:81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26369339>
4. OECD. Managing international migration under COVID-19 [Internet] [Internet]. 2020. Available from: <https://www.iatatravelcentre.com/international-travel-document-news/1580226297.htm>.
5. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de las salud. Ediciones. Buenos Aires; 2009. 260 p.
6. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. 72 p. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf
7. van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2007;7(1):94. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-94>
8. Elola J. Health Care System Reforms in Western European Countries: The Relevance of Health Care Organization. *Int J Heal Serv* [Internet]. 1996 Apr 1;26(2):239–51. Available from: <https://doi.org/10.2190/TC9K-VQBR-NR64-AGVQ>
9. World Health Organization. What is universal coverage? [Internet] [Internet]. World Health Organization; 2018. Available from: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/

10. Pande AH, Ross-Degnan D, Zaslavsky AM, Salomon JA. Effects of Healthcare Reforms on Coverage, Access, and Disparities: Quasi-Experimental Analysis of Evidence from Massachusetts. *Am J Prev Med* [Internet]. 2011;41(1):1–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379711002224>
11. Asaria M, Ali S, Doran T, Ferguson B, Fleetcroft R, Goddard M, et al. How a universal health system reduces inequalities: lessons from England. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2016/01/19. 2016 Jul;70(7):637–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26787198>
12. Sommers BD, Long SK, Baicker K. Changes in Mortality After Massachusetts Health Care Reform. *Ann Intern Med* [Internet]. 2014 May 6;160(9):585–93. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/M13-2275>
13. Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J. 'Free health care' policies: Opportunities and risks for moving towards UHC [Internet]. World Health Organization; 2017.
14. Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26(1):80–2. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003888>
15. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* [Internet]. 1974;9(3):208–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436074>
16. Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, Gimeno-Feliú LA. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Rev* [Internet]. 2016 Dec 3;37:28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29450069>
17. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller MB, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014;88:715–34. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600005&nrm=iso
18. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2009;23:4–11. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109001666>
19. Palència L, Espelt A, Cornejo-Ovalle M, Borrell C. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: What is the role of public coverage? *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2013/06/20. 2014 Apr;42(2):97–105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23786417>

20. Morteruel M, Rodriguez-Alvarez E, Martin U, Bacigalupe A. Inequalities in Health Services Usage in a National Health System Scheme: The Case of a Southern Social European Region. *Nurs Res.* 2018;67(1):26–34.
21. Cimas M, Gullon P, Aguilera E, Meyer S, Freire JM, Perez-Gomez B. Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2016;120(4):384–95. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300239>
22. Sues A, Ruiz Pérez I, Ruiz Azarola A, March Cerdà JC. El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-ley 16/2012: la perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales. *Gac Sanit* [Internet]. 2014;28(6):461–9. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114001927>
23. Porthé V, Vargas I, Sanz-Barbero B, Plaza-Espuña I, Bosch L, Vázquez ML. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: Opinions of health professionals and immigrant users. *Health Policy* [Internet]. 2016;120(11):1293–303. Available from:
<http://europepmc.org/abstract/MED/27743703>
24. Porthé I, Vargas I, Ronda E, Malmusi D, Bosch L, Vázquez ML. Has the quality of health care for the immigrant population changed during the economic crisis in Catalonia (Spain)?. Opinions of health professionals and immigrant users. *Gac Sanit* [Internet]. 2018;32:425–32. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000500425&nrm=iso
25. Vázquez ML, Vargas I, Aller M-B. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit* [Internet]. 2014;28:142–6. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000727>