

**NADIE ESTÁ
A SALVO
HASTA QUE
TODO EL
MUNDO ESTÉ
A SALVO**

**Recomendaciones para recuperar
la Sanidad Universal en España**





Abril de 2021

Autor:

Javier Padilla, médico de familia y comunidad

Suscriben:

Este informe ha sido elaborado por REDER, la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012, una red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su cumplimiento. Actualmente forman parte de REDER más de 300 organizaciones sociales y profesionales como Médicos del Mundo, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FDASP), Salud por Derecho, el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD), Andalucía Acoge, la Plataforma Salud Universal Aragón, la Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCAT), la Rede Galega en Defensa do Dereito á Saúde, la Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia, la Plataforma "Ciudadanía contra la exclusión sanitaria" de Cantabria, la Asociación de Refugiados e Inmigrantes de Perú (ARI-PERÚ), la Red Transnacional de Mujeres (NetworkWoman) o Red Acoge. Para más información: www.reder162012.org

Índice

Resumen ejecutivo	3
La reconstrucción del sistema tras la década perdida y la pandemia de SARS-CoV-2	5
Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo: la universalidad como urgencia	6
¿Qué quiere decir y qué no quiere decir "sanidad universal"?.....	6
La cobertura sanitaria en España: evolución reciente y porqués.....	6
Dificultades y oportunidades de la sanidad universal.....	8
La exclusión sanitaria como generadora de desigualdad: la población migrante	11
La universalidad como motor del sistema, no como carga	12
¿Por qué tiene que ser universal la sanidad?	13
España y la cobertura sanitaria universal: ¿modelo a seguir o anomalía a eliminar?	16
Recomendaciones hacia la universalidad	18
Bibliografía	20

► Resumen ejecutivo

La cobertura sanitaria universal se ha convertido en uno de los ejes centrales de las políticas de muchos países a nivel mundial y de muchas organizaciones supranacionales al trabajar políticas de salud. La cobertura sanitaria universal consiste en lograr un sistema sanitario que cubra a toda la población, prestando servicios suficientes, adecuados y de calidad a la vez que evita que los pacientes incurran en riesgos financieros derivados de su asistencia.

La situación respecto a la cobertura sanitaria en los diferentes países del mundo es muy variada, existiendo diferencias significativas incluso en países con sistemas sanitarios y estadios de desarrollo económicos muy similares.

El caso de España se plantea como merecedor de ser estudiado y, en muchos aspectos, señalado como modelo a seguir. Un país con un gasto sanitario modesto, que experimentó un notable crecimiento económico en la segunda mitad del siglo XX, y cuyo sistema sanitario transitó desde un sistema tipo Seguridad Social hacia otro tipo Sistema Nacional de Salud, obteniendo cifras de cobertura sanitaria cercanas al 100% con modestos copagos en el ámbito de los medicamentos y con una cartera de servicios variada y accesible.

Sin embargo, en el año 2012 la senda hacia la cobertura sanitaria universal completa se rompió en España y los casos de exclusión sanitaria, especialmente en la población migrante indocumentada, se han ido sucediendo desde entonces, sin ser atajados tras la modificación legislativa llevada a cabo en 2018.

Más allá de la necesidad que atraviesa España de recuperar la cobertura sanitaria universal e incluir a los colectivos excluidos en esta última década, este texto revisa cuáles son las aportaciones fundamentales de la cobertura sanitaria universal para la sociedad (a nivel de salud, en la dimensión económica y en el ámbito de la política), señala algunas dificultades y oportunidades que pueden existir al tratar de lograr o mantener la cobertura sanitaria universal, y plantea qué aspectos son fundamentales en el camino hacia la cobertura sanitaria universal (definir cartera de servicios, evitar duplicación de aseguramientos, favorecer los prepagos, desvincular la cobertura sanitaria del status de persona trabajadora, etc).

Aspectos destacados

»» Actualmente, la cobertura sanitaria universal es uno de los objetivos dentro de la política sanitaria internacional, suponiendo un eje fundamental dentro de las políticas de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), incluyéndose incluso en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

»» La cobertura sanitaria universal no supone solamente dotar de acceso y derecho a la asistencia sanitaria a toda la población, sino que incorpora criterios de calidad de las prestaciones cubiertas y capacidad del sistema para ejercer correctamente su función de protección financiera frente a gastos catastróficos derivados de la asistencia sanitaria.

»» La cobertura sanitaria universal ha demostrado mejorar la salud de la población, ser un factor de crecimiento y redistribución económica y fomentar la cohesión social, actuando de ese modo sobre las dimensiones de salud, económica y política.

»» Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, en 1986, España comenzó a desarrollar un modelo de cobertura con ansias universalistas que se truncó en el año 2012 con la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012 y que aún no ha recuperado la universalidad por completo, existiendo colectivos excluidos del sistema, especialmente los inmigrantes en situación de irregularidad documental que llevan poco tiempo en España.

»» Existen algunos aspectos que pueden poner en riesgo el logro de la cobertura sanitaria universal, tales como las fuerzas inflacionistas sobre el gasto sanitario, el auge de fuerzas xenófobas que puedan plantear discursos de exclusión o la necesaria convergencia con países del entorno político-económico.

»» Dentro de los aspectos que pueden facilitar el avance y mantenimiento de la cobertura sanitaria universal se pueden señalar la capacidad para generar cohesión social, su desempeño como factor de desarrollo económico, su valor promotor de la justicia social o su papel de dinamización de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

»» Favorecer los modelos de financiación del sistema sanitario vía impuestos y evitar los copagos es una forma de fomentar la protección financiera de la población.

»» España logró tener una cobertura sanitaria universal fuerte, aunque posteriormente se viera debilitada por reformas legislativas, y lo conjugó con un buen nivel de calidad de las prestaciones cubiertas, una importante protección financiera de la población y, todo ello, con un gasto sanitario que no llegó a superar la media de los países de su entorno.

»» La cobertura sanitaria universal lograda en España a principios de 2012 no ha de ser vista como una anomalía en su entorno sino como una buena práctica que puede ser imitada.

► La reconstrucción del sistema tras la década perdida y la pandemia de SARS-CoV-2

Ya no se puede hablar del sistema sanitario y de sus valores fundamentales sin hablar de lo ocurrido con la llegada del SARS-CoV-2, su impacto sobre las sociedades en todo el mundo y su capacidad para saturar los sistemas sanitarios.

Tras décadas de fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en los países occidentales, la crisis económica que comenzó en 2009 abrió paso a las políticas de recortes presupuestarios que se realizaron sobre un terreno previamente sembrado con la entrada de la iniciativa privada en la gran mayoría de los países donde la iniciativa pública había sido, en las décadas previas, la protagonista.

La década perdida del sistema sanitario, que comenzó en el año 2010 con el inicio de la caída del gasto sanitario público y ha culminado en 2020 con la llegada de COVID-19, ha supuesto una pérdida de resiliencia por parte del sistema sanitario, disminuyendo su capacidad para prestar servicios a la población y aumentando su vulnerabilidad ante situaciones de fuerte incremento de la demanda, como la sucedida con la primera ola de COVID-19 en el mes de marzo de 2020. Mirando hacia atrás, vemos cómo España aún se

encuentra por debajo de la inversión sanitaria en términos reales que tenía en 2009 [1].

Lo que ha destruido una parte importante del sistema sanitario, debilitado sus pilares fundamentales (la Salud Pública y la Atención Primaria) y vulnerado alguno de sus principios fundamentales, como la universalidad, no ha sido solamente la pandemia actual, sino también las políticas llevadas a cabo en estos últimos diez años. Por ello, llegamos a este momento teniendo que reconstruir un sistema no solo por lo ocurrido recientemente a causa del SARS-CoV-2, sino también tratando de plantear la manera de cambiar un rumbo que hace muchos años que se aleja de la salud como derecho y de la asistencia sanitaria como reductor de las desigualdades y factor promotor de cohesión social.

Es el momento de reconstruir el sistema y su universalidad ha de ser uno de los pilares fundamentales sobre los que se erija el sistema sanitario de la sociedad post-pandemia.

► Nadie está a salvo si no estamos todos a salvo: la universalidad como urgencia

La pandemia de SARS-CoV-2 ha puesto sobre la mesa dos valores fundamentales: la interdependencia y la importancia de lo público. Estos dos valores se ven representados en el hecho de que la salud de todos los miembros de una sociedad se ve influida por la de los demás miembros de la misma, y se cristaliza en la necesidad de construir sistemas sanitarios universales porque son una pieza fundamental del derecho a la salud y porque son la mejor forma de construir sociedades más saludables.

¿Qué quiere decir y qué no quiere decir "sanidad universal"?

De acuerdo con la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud [2], "la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades pueden utilizar los servicios sanitarios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos que precisen, con la calidad suficiente para ser efectivos, asegurando que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras". Es decir, la cobertura sanitaria universal no hace referencia solamente a que toda la población tenga derecho a asistencia sanitaria, sino que también alude al acceso efectivo a los servicios necesarios, a la calidad de estos y a la protección frente a gastos catastróficos para la población cubierta [3].

Podríamos, pues, concluir que la cobertura sanitaria universal ha de reunir componentes relacionados con el derecho (entitlement), el acceso (access), la amplitud de la cartera de servicios, la calidad de los servicios prestados y la protección financiera de la población cubierta. Incrementar de forma independiente alguna de estas dimensiones sin garantizar el crecimiento acompasado del resto, puede poner el riesgo la universalidad de la cobertura.

Si bien estas serían las características que debería reunir un modelo de cobertura para ser considerado plenamente universal, existen múltiples grados de cobertura sanitaria más o menos amplia en lo referente a la base poblacional, con una cartera de prestaciones más o menos variada y con un aporte económico del usuario en forma de pago directo por la asistencia recibida más o menos grande [4].

La cobertura sanitaria en España: evolución reciente y porqués

España no ha tenido siempre un sistema sanitario tipo Sistema Nacional de Salud ni una cobertura sanitaria universal. La evolución del sistema sanitario español y su transición entre diferentes modelos se han visto guiadas por las modificaciones en su forma de financiación. La cobertura

sanitaria en España ha tenido —desde la creación del Instituto Nacional de Previsión y los posteriores Seguro de Maternidad y Seguro Obligatorio de Enfermedad— una tendencia clara a aumentar la población cubierta [5] y a alcanzar el objetivo de la universalidad en la cobertura, consignado por primera vez en la Ley General de Sanidad de 1986 [6] [7] y refrendado al transitar a un modelo de financiación tipo Sistema Nacional de Salud con la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1999 [8][9].

El máximo nivel de población cubierta por la sanidad pública en España llegó en el año 2012, en los meses previos a la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, y tras la aprobación de la Ley General de Salud Pública [10], que supuso, en términos legislativos, el cierre a un modelo de cobertura sanitaria que consideraba la universalidad como uno de sus pilares fundamentales.

La entrada en vigor del RD16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones [11] supuso un cambio de rumbo en la tendencia de expansión de la cobertura sanitaria en el Sistema Nacional de Salud [12].

En un momento en el que la crisis económica ya estaba instaurada en el mundo y el gasto público había comenzado a contraerse en España, se utilizó un discurso amparado en la necesidad de cambios urgentes para asegurar la sostenibilidad y señalando a los

inmigrantes indocumentados como consumidores parásitos del sistema, y se realizó una reforma de calado que recuperó el término de *asegurado* (y el de *beneficiario del asegurado*), volvió a dotar al Instituto Nacional de la Seguridad Social de un rol central en el reconocimiento del derecho a asistencia sanitaria y modificó el modelo de cobertura sanitaria excluyendo a algunos grupos de población, siendo el más notable el de las personas inmigrantes en situación de irregularidad documental.

En la situación actual, bajo el paraguas del Real Decreto-ley 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud [13], siguen quedando grupos de población excluida de la cobertura del sistema sanitario. Durante el periodo de redacción de este Real Decreto hubo colectivos que manifestaron sus inquietudes al creer que cronificaba y, en algunos aspectos, amplificaba la exclusión generada por la legislación previa [14]. Tanto un informe de REDER —publicado en 2018 [15]— como otro de Yo Sí Sanidad Universal —publicado en 2019 [16]— señalaban que, en el año después de la entrada en vigor de este Real Decreto, se habían identificado casos de denegación de asistencia sanitaria, especialmente en personas residentes en España desde hacía menos de 90 días y personas sin permiso de residencia (a pesar de llevar más de 90 días en España), afirmándose que la nueva ley no proveía de una especial protección a menores y mujeres embarazadas, de modo que había aumentado la desprotección de estas personas con respecto a la legislación anterior.

En la misma línea, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre extrema pobreza y derechos humanos, Phillip Alston, recogió en un informe la existencia de barreras al acceso para una parte de la población migrante en situación de irregularidad documental, incidiendo en el reconocimiento del problema por parte del Ministerio de Sanidad, a pesar de que no se hayan desplegado instrumentos legislativos para subsanarlo [17]. Con este contexto de exclusión sanitaria llegó la pandemia de SARS-CoV-2 y, a pesar de la abundante producción legislativa durante el periodo que duró el Estado de Alarma, el Gobierno Central o las cámaras legislativas no realizaron ningún avance en materia de cobertura sanitaria para asegurar la universalidad¹.

Se puede decir, en resumen, que España tiene un Sistema Nacional de Salud con cobertura casi universal y que procede de una situación previa en la que el porcentaje de población cubierta era mayor al actual, sin que esto supusiera un riesgo para la sostenibilidad o la solvencia de su sistema sanitario, habiéndose realizado, hasta el año 2012, una expansión de la cobertura sanitaria de forma sostenida manteniendo unos niveles de gasto sanitario público por debajo de la media (o en la media, en los últimos años) de los países de la OCDE [18].

Dificultades y oportunidades de la sanidad universal

Lo mejor que le puede ocurrir a la cobertura sanitaria de un sistema de salud es que no se hable de ella, que no se encuentre en el centro del debate político, porque las personas más proclives a quedar fuera de dicha cobertura cuando ésta es puesta en duda suelen ser quienes menor capacidad de incidencia política tienen. La cobertura sanitaria universal ha de aspirar a ser parte de ese sentido común que no se cuestiona cada vez que una crisis económica llega; sin embargo, como eso no es así en la mayoría de los países, la cobertura sanitaria universal ha de enfrentarse a diferentes dificultades para su obtención o mantenimiento, a la vez que ofrece importantes oportunidades para los países que caminan hacia ella.

Dificultades hacia la cobertura sanitaria universal

Podemos identificar las siguientes dificultades en la obtención y mantenimiento de un sistema de cobertura universal en el contexto económico y político actual:

¹ Hubo algunas comunidades autónomas que garantizaron, de forma temporal, la asistencia sanitaria para toda la población residente en España, durante el tiempo que el Estado de Alarma estuviera vigente, y sin continuidad con posterioridad a este.

› **La necesaria convergencia con los países miembros de la Unión Europea**

La existencia de uniones económicas (y más o menos políticas) entre países dentro de un marco común puede dificultar la convergencia entre diferentes modelos de cobertura sanitaria. En el caso de Europa, que el derecho a asistencia sanitaria se exporte a otros países miembros hace que existan incentivos para que la asistencia prestada a los inmigrantes indocumentados pueda ser más o menos completa, pero no reciba la misma categoría jurídica que el pleno derecho de la población autóctona de los países miembros o con permiso de residencia. Esto, que puede ser una dificultad, debería servir de incentivo para apostar por el reconocimiento de un derecho a cobertura sanitaria universal en el conjunto de la Unión Europea, a la vez que se garantiza un acceso equitativo para toda la población que reside dentro de las fronteras de cada uno de los estados miembros.

› **La legitimidad de la cobertura sanitaria universal en tiempos de contracción económica**

Cuando las crisis económicas se abordan con políticas de austeridad, los eslabones más débiles del sistema son los primeros en quedarse fuera. En el caso del sistema sanitario, cada crisis trae consigo el brote de nuevas voces que cuestionan si el sistema ha de ser inclusivo o si ha de recortarse en aras de la sostenibilidad. Recientemente, se ha podido observar cómo países que están experimentando

presiones económicas como resultado de la crisis del sistema han respondido de forma diferente en lo relacionado con sus sistemas de protección social y, más concretamente, sus modelos de cobertura sanitaria [19] [20]. Mientras países como Grecia o España recortaron su modelo de cobertura, Suecia amplió el derecho a la cobertura sanitaria para grupos que previamente no estaban incluidos, mientras que Dinamarca redujo los costes aplicados a los pacientes en el caso de los migrantes indocumentados.

› **La defensa del otro en el contexto del repliegue reaccionario en los países occidentales**

Europa (y España) vive un repliegue reaccionario que expone con claridad en su ideario político una concepción de los servicios públicos excluyente con una parte de la población, especialmente con los migrantes –más aún si se encuentran en situación de irregularidad documental–. Esta situación, que ha estado presente de forma larvada en la última década, se hace más patente ahora que atravesamos por lo que Carolin Emcke denomina “exhibicionismo del resentimiento”; en muchas sociedades occidentales ya no se esconden los discursos xenófobos que promueven el desarrollo de servicios públicos excluyentes y cuya base poblacional sea mayormente nacional; esta aparición de discursos anteriormente ocultos o no validados para el debate común choca con las ansias de universalidad de los servicios de salud.

> **Las presiones inflacionistas del gasto sanitario**

El gasto sanitario tiende a aumentar de forma continuada, siendo solamente una parte del aumento del gasto debido a los incrementos de las necesidades en salud. El empuje inflacionista del crecimiento económico y, principalmente, la introducción de innovaciones fármaco-tecnológicas, muchas de ellas sin la debida evaluación económica y sin mecanismos de fijación de precios que prioricen el interés colectivo frente al ánimo de lucro, empujan el gasto sanitario hacia su expansión. Ni el envejecimiento poblacional ni el incremento de la población cubierta se han descrito como los factores fundamentales de incremento del gasto sanitario [21] [22], a pesar de ser dos de los factores más señalados en los debates políticos.

Oportunidades hacia la cobertura sanitaria universal

Por otro lado, existen algunos aspectos destacados de los sistemas de cobertura universal, más allá de las mejoras en salud, que han de estar en el centro del debate a la hora de plantear ampliaciones de la cobertura sanitaria:

> **La fortaleza económica de la sanidad universal**

No es posible realizar un cuestionamiento desde el punto de vista económico a la pertinencia de implantar la cobertura sanitaria universal. La universalidad es eficiente desde la perspectiva del

funcionamiento del sistema sanitario y socialmente beneficiosa desde el punto de vista de la economía en su conjunto. Actúa como motor de la economía a la par que lo hace de una manera eficiente, asignando los recursos al lugar donde surgen las necesidades. En países con un sentido poco igualitarista de la justicia, los aspectos económicos de la cobertura sanitaria universal deberían servir como estímulo para su instauración.

> **La justicia social y la disminución de las desigualdades sociales en salud como valores centrales de la cobertura sanitaria universal**

Las desigualdades sociales, en términos generales, y las desigualdades en salud, en particular, son uno de los mayores problemas a los que se enfrentan muchas sociedades hoy en día y, probablemente, aumentarán en las próximas décadas. La cobertura sanitaria universal es uno de los principales factores para construir sociedades que, dentro del marco fundamental de los derechos humanos, obliguen a los poderes públicos a lograr la igualdad efectiva entre sus ciudadanos, generando sociedades más cohesionadas y justas.

> **Objetivos de Desarrollo Sostenible**

Alcanzar la cobertura sanitaria universal es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) [23]. Más allá de enfatizar que esta cobertura es vista de forma consensuada a nivel internacional como un elemento indispensable para el desarrollo de la salud global, esto muestra que la universalidad de los sistemas sanitarios es un elemento de preocupación y cuidado

creciente en la escena de la política sanitaria internacional.

Además, su inclusión en los ODM ha favorecido el desarrollo de importantes herramientas de medición de la consecución de este objetivo [24], aspecto del que se pueden beneficiar especialmente aquellos países que avancen hacia la cobertura sanitaria universal desde una posición más lejana.

► **La exclusión sanitaria como generadora de desigualdad: la población migrante**

Cuando se aprobó el Real Decreto-ley 16/2012 se produjo una reforma de calado en el modelo de cobertura sanitaria en España, recuperándose el concepto de *asegurado* (y de beneficiario de un asegurado) y aumentando la vinculación de este derecho a las cotizaciones a la Seguridad Social.

Fueron varias las medidas recogidas en dicho real decreto-ley que suponían la exclusión del sistema sanitario, pero indudablemente fue la población migrante en situación de irregularidad documental la que de forma más numerosa y señalada fue excluida del acceso al sistema sanitario, limitándose su capacidad de obtener asistencia a unos supuestos fundamentales (atención pediátrica, obstétrica y procesos urgentes). Esta decisión supuso la expulsión de un importante número de personas del sistema sanitario público, de las cuales menos de mil suscribieron un convenio especial para obtener asistencia [25].

Cientos de miles de personas pasaron a no tener la posibilidad de acudir a las consultas de atención primaria, beneficiarse de la financiación de medicamentos o ser derivadas a consultas hospitalarias, pudiendo utilizar solamente la atención pediátrica, obstétrica y de urgencias.

El caso de la población migrante irregular supone un caso de especial interés en el análisis de la evolución de la cobertura sanitaria en España por varios motivos:

- La reversión de un derecho adquirido: en un marco general en el que la cobertura sanitaria universal se había convertido en una de las directrices fundamentales de organismos como la Organización Mundial de la Salud, plantear una reversión en la tendencia a la universalización plena supuso cuestionar el sistema en su conjunto y retirar el derecho a asistencia sanitaria a un grupo de población que lo tenía y que, además,

contribuía a la financiación del sistema por medio de los impuestos ligados al consumo. Además, esta supresión de los derechos adquiridos era contraria a los compromisos y obligaciones del Estado español en materia de Derechos Humanos reflejados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, como puso de manifiesto en Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en 2012 y, nuevamente, en 2018 [26].

– La multiplicidad de barreras al acceso, no sólo al derecho: la población migrante indocumentada tiene que enfrentar diversas barreras en el acceso a la asistencia sanitaria más allá del mero derecho a la misma. Por ello, la retirada del derecho a la cobertura sanitaria suponía abundar en una situación que, incluso en un marco legislativo más garantista, suponía un riesgo constante de exclusión. Los tiempos de espera, el idioma y la falta de adaptación cultural de los servicios sanitarios, la escasez en la provisión de información, la precariedad laboral o los

trámites administrativos son barreras frecuentemente citadas al estudiar el acceso de la población migrante a los servicios de salud [27].

– El perfil de uso de recursos de dicho grupo de población: la población migrante, en términos generales y más concretamente la que se encuentra en situación irregular, presenta un perfil de uso de recursos inferior al del conjunto de la población nativa [28] [29], así como una menor carga de enfermedad [30].

– La recuperación de la cobertura sanitaria en la población migrante irregular y en las personas reagrupadas ascendientes supone el objetivo más importante en la lucha por la universalidad del Sistema Nacional de Salud en España, por afectar a un importante número de personas en situación de vulnerabilidad social y, además, por suponer un hito en la recuperación de un derecho vulnerado bajo la justificación de una crisis económica sin que, posteriormente, se evaluara su impacto por parte de las instituciones.

► La universalidad como motor del sistema, no como carga

En el año 2011, Mckee y Stucker publicaron en la revista British Medical Journal un artículo titulado “The assault on universalism” [31], donde planteaban el camino que deberían seguir (y seguirían) los gobiernos, instituciones y sociedades que quisieran destruir la universalidad de

sus servicios públicos. Señalaban una hoja de ruta consistente en I) crear un grupo identificable de pobres “indignos” de recibir la asistencia sanitaria; II) generar un sistema en el cual los ricos disfruten de pocos beneficios a cambio de los impuestos que pagan; III) disminuir el papel

de los sindicatos, mostrándolos como defensores exclusivos de los intereses de sus miembros en vez de reconocer que las elevadas tasas de afiliación sindical han beneficiado históricamente a la población general; IV) tomar decisiones cuyas implicaciones sean poco claras y cuyos efectos solo sean vistos en el futuro.

Hay un aspecto de lo señalado por McKee y Stuckler que tiene especial relevancia: el de ver la universalidad no solamente como un valor que lograr *hacia abajo*, sino que también muestran la necesidad de blindar la universalidad *hacia arriba*, es decir, hacia las personas de alto nivel socioeconómico. Los sistemas sanitarios universales han de lograr esa universalidad tanto hacia arriba como hacia abajo, no solo por una cuestión de justicia social, sino porque la universalidad es una fuente de cohesión social [32] y dicha cohesión no se puede lograr generando sistemas que atiendan solamente a las personas más desfavorecidas.

No es solamente un asunto de justicia, sino que la universalidad ha de ser vista también como un elemento de cohesión social y un motor para el desarrollo (social y económico [33]) de las sociedades en las que se insertan dichos sistemas.

¿Por qué tiene que ser universal la sanidad?

Los sistemas sanitarios sostenibles lo son gracias a ser universales, no a pesar de ello. La inclusividad en las políticas de protección social no es un lastre para el

desarrollo de los sistemas y las economías dentro de nuestro sistema, sino que es el motor que los impulsa hacia el desarrollo y la sostenibilidad.

La cobertura universal forma parte fundamental del denominado *derecho a la salud* y supone uno de los aspectos fundamentales en la búsqueda de la justicia social. Además de esto, la cobertura sanitaria universal está íntimamente ligada a muchos otros aspectos de la sociedad, especialmente a su desarrollo económico y su cohesión social [34]. De todos los aspectos con los que se relaciona la cobertura sanitaria universal se han de destacar tres ámbitos fundamentales desde los cuales argumentar la importancia de caminar hacia esta universalidad: la salud, la economía y la política.

Sanidad universal y resultados en salud

Es bastante intuitivo que la cobertura sanitaria universal puede tener efectos beneficiosos para la salud de la población; sin embargo, es preciso tener datos que avalen este apriorismo. La esperanza de vida se correlaciona positivamente con los aspectos fundamentales que conforman la cobertura sanitaria universal, es decir, con la base poblacional de la cobertura, la amplitud de los servicios cubiertos y la protección financiera (representada por la mayor o menor importancia de los pagos de bolsillo) [35]. El impacto de la cobertura sanitaria universal sobre la esperanza de vida se ha asemejado en algunos estudios

al de las medidas de saneamiento [36], consideradas unas de las medidas de salud pública con mayor importancia.

La exclusión sanitaria de grupos concretos de población ha demostrado tener efectos negativos tanto para la salud individual de los colectivos excluidos como para la salud pública de la sociedad en la que residen y participan. Se han publicado estudios que muestran que la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados y la posibilidad de que estos teman acudir a los centros sanitarios por miedo a que se pueda notificar su situación de irregularidad administrativa, se relaciona con retrasos en el diagnóstico de tuberculosis y con un incremento del número de contactos cercanos antes del tratamiento [37], así como con peores resultados perinatales y aumento de los costes en el caso de mujeres migrantes embarazadas [38].

En el caso de España, tras la retirada de la cobertura sanitaria a las personas migrantes en situación irregular, se estima que aumentó su mortalidad, computándose un exceso de mortalidad de 70 personas inmigrantes indocumentadas al año [39].

La dimensión económica de la sanidad universal

Desde su creación, los sistemas sanitarios públicos han tenido una función económica dual: por un lado, mantener sanos a los trabajadores para que la productividad del país no decayera; y por otro lado, tratar de contener la tasa de ahorro de tal modo que la población no tuviera que ahorrar en exceso para protegerse frente a los costes derivados de una eventual enfermedad [40]. En sistemas sanitarios con bajo nivel de cobertura e importante presencia de los pagos de bolsillo², la bancarrota derivada de gastos catastróficos para cubrir los costes de prestaciones sanitarias es un fenómeno frecuente, como en el caso de los Estados Unidos en el que más del 50% de las bancarrotas individuales son por este motivo [41].

Además de estos aspectos, la cobertura sanitaria universal tiene un cariz económico añadido derivado de su capacidad para que la asistencia sanitaria que se precise se lleve a cabo en el lugar en el que sea más eficiente. Desde un punto de vista meramente economicista y desde una perspectiva del financiador, hay que tener en cuenta la siguiente situación: de acuerdo con diversos tratados y convenciones internacionales, los grupos habitualmente excluidos, tales como

² Pago de bolsillo” es la denominación utilizada para los pagos directos por parte del usuario del servicio sanitario, a diferencia de los prepagos (vía impuestos, cotizaciones o aseguramientos).

migrantes indocumentados, por ejemplo, han de gozar de una cierta atención sanitaria en todo caso, generalmente centrada en la atención pediátrica, la perinatal y la asistencia de urgencias.

La existencia de este paquete mínimo de cobertura hace que en muchas ocasiones estos grupos de población deban recibir la asistencia sanitaria por medio de los servicios de urgencias, lo cual es mucho menos efectivo, más caro (en suma, menos eficiente) y menos seguro que la utilización reglada y adecuada de la totalidad de los dispositivos sanitarios. Aunque no sea el valor fundamental de la cobertura sanitaria universal, es preciso enfatizar que es la forma más eficiente de organizar un sistema sanitario, no solo desde una perspectiva social (que es la que debería predominar en las políticas públicas) [42], sino también desde la perspectiva del financiador.

Si analizamos los aspectos económicos relacionados con la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados, aspecto más estudiado en los últimos años en Europa, podemos observar que los estudios señalan que restringir el acceso a la asistencia sanitaria por parte de los inmigrantes indocumentados supone incrementar los costes a largo plazo [43], mientras que introducir a este grupo de población en la cobertura sanitaria rutinaria puede lograr ahorros de costes sanitarios y no sanitarios [44].

La dimensión política y social de la sanidad universal

El principal valor de la universalidad en las políticas públicas, y especialmente en las relacionadas con la salud y el bienestar social, procede de su capacidad para cohesionar las sociedades [45] [46] [47] y hacer más dignas las vidas de las personas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. Los complejos sistemas burocráticos, que asignan diferentes niveles de derecho a la asistencia sanitaria según el nivel socioeconómico de las personas, acaban generando sistemas e itinerarios en los cuales las personas en situación de vulnerabilidad han de mostrar que son merecedoras del derecho a la asistencia sanitaria, ya sea por tener bajos ingresos, por no disfrutar de otras ayudas sociales o por encontrarse en una situación de especial desprotección. Es por ello por lo que uno de los valores fundamentales que han de resaltarse al abordar las virtudes de los sistemas de cobertura sanitaria universal es su capacidad para poner las cosas fáciles a quienes más dificultades tienen en la vida.

En un artículo publicado, en 2019, en *Current Affairs* [48] bajo el título de “La importancia de hacerlo todo fácil” se defiende la necesidad de modelos universales que desmonten los laberintos burocráticos: “¿Por qué es *Medicare For All* tan importante para nosotros? En parte es porque cualquier otro modelo hace que su experiencia con el sistema sanitario sea mucho más complicada. Queremos que puedas ir al médico y no tengas que

pensar en el dinero. No queremos que tengas que pensar en pólizas, copagos y deducciones. Deberías estar pensando solo en tu salud. Y esto no es una utopía. En los países que pagan por los servicios de salud por medio de impuestos, cuando quieres ir al médico simplemente vas, te tratan y te marchas.”

Mirando a España, y en el marco de las prestaciones de los servicios sociales, el libro “Silencio administrativo” de Sara Mesa [49] narra la imposibilidad burocrática de una persona en situación de gran vulnerabilidad para acceder a los servicios sociales más básicos y cómo el propio sistema suponía unas capacidades a los usuarios de estos sistemas que en muchas ocasiones eran incompatibles con las condiciones materiales en las que las vidas de estas personas transcurrían. Los sistemas universales han de tratar de eliminar estas barreras para favorecer que la asistencia llegue a quien lo necesita, más allá de su capacidad para vencer las barreras administrativas.

Esta idea del sistema sanitario universal como elemento de cohesión social que favorece no solo a las personas más desfavorecidas sino también a las personas de los estratos socioeconómicos más altos es la que subyace en el artículo de Michael Marmot “¿Por qué los ricos deberían preocuparse de la salud de los pobres?” [50], argumentando que la cohesión social supone un valor para la salud pública y que la desigualdad genera malestar social y empeora la salud, no solo de los ricos sino también de los pobres.

Además, un sistema sanitario al que asisten todas las personas, tanto las de rentas más bajas como las de rentas más altas, no caerá en el riesgo de convertirse en un servicio de beneficencia y podrá ofrecer una mayor calidad en la atención de la población.

España y la cobertura sanitaria universal: ¿modelo a seguir o anomalía a eliminar?

Los modelos de cobertura sanitaria y la forma en la que la población accede a los sistemas sanitarios varían entre los diferentes países, incluso aunque comparemos países del mismo entorno económico y político [51] [52] [53], de modo que en ocasiones es complicado hacer comparaciones entre países porque las características de cada sistema sanitario tienen múltiples singularidades.

En el entorno de la Unión Europea (y muchos países de la OCDE), la cobertura sanitaria es elevada, aunque en la mayoría de los países no llegue al 100%. Uno de los que en los últimos 20 años se ha caracterizado por tener elevadas tasas de cobertura ha sido España, siendo durante mucho tiempo el país de la Unión Europea que prestaba una asistencia más inclusiva a colectivos como los inmigrantes en situación de irregularidad documental. Los detractores de la cobertura sanitaria universal plantean esto como una anomalía a extinguir, mientras que los defensores utilizan el caso de España (previo al Real

Decreto ley 16/2012) como el modelo a seguir.

En la actualidad existe un consenso incuestionable acerca de la expansión de la cobertura sanitaria a toda la población originaria del país en cuestión, sin embargo, diferentes países llevan a cabo prácticas opuestas en lo relativo a la atención sanitaria a los inmigrantes indocumentados [54] [55] [56]. Más allá de aspectos relacionados con la justicia social, parece evidente señalar que en sistemas sanitarios cuya financiación provenga de los impuestos, y no de las cotizaciones a la seguridad social, no se puede considerar la existencia de cobertura sanitaria universal si los inmigrantes indocumentados (o cualquier grupo especialmente vulnerable) son excluidos [57]. Por ello, en un sistema sanitario como el Sistema Nacional de Salud de España, financiado con impuestos, con un gasto sanitario modesto tanto en euros por habitante como expresado en porcentaje del Producto Interior Bruto y con afán universalista, la anomalía es mantener fuera de la cobertura sanitaria (o con una cobertura reducida, con exclusión de la prestación farmacéutica) a los migrantes

indocumentados que lleven poco tiempo en España o a las personas reagrupadas bajo el régimen de agrupación familiar.

Del mismo modo que Tailandia se ha convertido en el modelo de cobertura sanitaria universal (incluyendo una amplia cobertura a inmigrantes indocumentados) para los países de rentas medias y medias-bajas en los países asiáticos, España ha de aspirar a seguir siendo el modelo donde mirarse en Europa y, muy especialmente, dentro de los países con un sistema sanitario tipo Sistema Nacional de Salud. España ha reunido y reúne una serie de características (políticas, económicas, culturales y sociales) que han favorecido el establecimiento de un sistema sanitario que fue casi totalmente universal y que, presumiblemente, volverá a serlo. Sin embargo, España no tiene la exclusividad de las circunstancias y contextos que facilitan las políticas de cobertura sanitaria universal, de modo que otros muchos países podrían escoger un camino similar al recorrido en su momento por España, tratando de evitar caer en los mismos errores.

► Recomendaciones hacia la universalidad

Tras la primera ola de COVID-19, en 2020, la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados elaboró un dictamen [58] que recogía el siguiente acuerdo en relación con la universalidad del sistema sanitario:

“1.2. Impulsar y adoptar las modificaciones normativas, legales y reglamentarias necesarias para garantizar la efectividad del derecho a la protección a la salud a través del acceso universal al Sistema Nacional de Salud. El RD Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, se tramitará como una ley que derogue definitivamente el RD Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y que, junto al reglamento que la desarrolle, garantice en todo caso los siguientes extremos:

a) trabajar conjuntamente entre la Administración Central y las comunidades autónomas,

b) extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española, o de otro país comunitario,

c) garantizar la recuperación de la cobertura sanitaria gratuita en nuestro país a los ciudadanos y ciudadanas españoles que residen fuera de España y

d) cualesquiera otros cambios necesarios para garantizar el acceso universal a la atención sanitaria como un derecho subjetivo de todas las personas. Independientemente de futuras reformas legislativas, todas las administraciones se comprometen a hacer efectivo, de forma inmediata y sin excepciones, el derecho a la protección de la salud, garantizando la atención sanitaria en aquellos colectivos que gozan de una especial protección en nuestra legislación y en los convenios internacionales suscritos por el Estado, como es el caso de los menores, las mujeres embarazadas y los solicitantes de protección internacional”.

A partir de dicho dictamen, y tomando como referencia las propuestas que REDER, Yo Sí Sanidad Universal y Amnistía Internacional realizaron al Ministerio de Sanidad en la fase de consulta del Anteproyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, se plantean las siguientes recomendaciones, con el objetivo de recuperar un modelo de cobertura sanitaria universal que sea efectivo y, además, sólido de cara al futuro:

» **Tramitar con carácter de urgencia una ley que realice las modificaciones necesarias para cumplir con lo acordado en el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, eliminando los requisitos administrativos exigidos en el RDL 7/2018 para la obtención**

del derecho a asistencia sanitaria. Dicha ley deberá:

- Eliminar la diferenciación en la obtención del derecho a asistencia sanitaria entre la población con nacionalidad española o con permiso de residencia y la población migrante en situación irregular.

- Eliminar el periodo mínimo de estancia en España como elemento necesario para la obtención del derecho a asistencia, y reconocerlo en base a la intención de permanencia en territorio español, que deberá acreditarse por medios que no exijan un tiempo mínimo de estancia.

- Reconocer el derecho a la asistencia sanitaria de las personas ascendientes que llegan a España como resultado de un proceso de reagrupación familiar.

- Garantizar la inclusión del derecho a prestación farmacéutica con un régimen de copago que no discrimine por la situación de irregularidad administrativa, reconociendo de forma expresa la exención de copago farmacéutico en los casos de especial vulnerabilidad.

- Hasta la tramitación de dicha ley, aprobar por la vía del real decreto-ley una modificación del RD-I 7/2018 que contemple la protección especial de la población menor de 18 años, mujeres embarazadas, víctimas de trata, demandantes de asilo y la asistencia de urgencia para cualquier persona.

Además de estas modificaciones legislativas, se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos para lograr que las mejoras legislativas redunden en una mejora efectiva del acceso al sistema sanitario por parte de la población ahora excluida:

» **Creación de un Observatorio de la Universalidad encargado de velar por la equidad y la no discriminación** en el acceso efectivo al sistema sanitario, evaluar las barreras existentes en el desarrollo de la cobertura sanitaria universal y monitorizar posibles situaciones de exclusión.

» **Cambiar la cultura de la exclusión instaurada con el RD-I 16/2012 y continuada con el RD-I 7/2018**, por la cual la exclusión de personas del sistema sanitario no supone mayor obligación para los poderes públicos. Para ello, será necesario que cualquier denegación de asistencia sanitaria sea notificada por escrito a la persona interesada, así como sea puesta en conocimiento de la Alta Inspección del Ministerio de Sanidad.

» **Aprobar, de forma inmediata, un reglamento que armonice la aplicación del real Decreto-ley 7/2018 en todo el territorio español**, garantizando la eliminación de barreras adicionales tales como el empadronamiento o la presentación de documentos procedentes de países de origen.

Bibliografía

- [1] Amnistía Internacional. La década perdida. Mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018. 2020. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/decada-perdida-sanidad/>
- [2] What is universal coverage? [Internet]. World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/
- [3] Arguing for Universal Health Coverage. [Internet]. World Health Organization. 2013. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/UHC_ENVS_BD.PDF
- [4] Busse R, Shreyögg J, Gericke C. Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehensive framework approach. World Bank Organization. 2007. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BusseAnalyzingChangesinHealthFinancingFinal.pdf>
- [5] Decreto 909/1966, de 21 de abril, aprobando el texto articulado segundo de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social, por el que se da nueva redacción al vigente texto refundido de Procedimiento Laboral. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 1966. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1966-6650>
- [6] Fernández A, Vaquera Mosquero V. Análisis de la evolución histórica de la sanidad y la gestión sanitaria en España. Encuentros multidisciplinares. 2012;(41). Disponible en: http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA41/Antonio_Fern%C3%A1ndez_y_Mercedes_Vaquera.pdf
- [7] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 1986. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- [8] Ley 14/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 1998. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-30154>
- [9] Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de trabajo 86/2006. 2006. Disponible en: <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/9d108eeb-dde9-4a01-ac45-fa65131bfc33/41.La+universalizacion+de+la+atencion+sanitaria.+Sistema+Nacional+de+Salud+y+Seguridad+Social%28Castellano%29.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- [10] Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Madrid: Boletín Oficial del

Estado; 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>

[11] 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. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2012. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>

[12] Bilal U, Padilla J. Spanish government expels undocumented migrants from the health care system. Eur J Pub Health. 2012. [Correspondencia]. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurpub/article/22/2/267/512300#usercomments>

[13] Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2018. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752

[14] REDER. Valoración de las enmiendas al Proyecto de Ley sobre acceso universal al Sistema Nacional de Salud. 2018.

[15] No dejar a nadie atrás. REDER. Octubre 2018. Disponible en: https://issuu.com/medicosdelmundoespana/docs/reder_oct18_esp

[16] Informe sobre la exclusión sanitaria un año después del RDL 7/2018 | Yo Sí Sanidad Universal [Internet]. Yosisanidaduniversal.net. 2019 Disponible en: <https://yosisanidaduniversal.net/materiale>

[s/informes/informe-sobre-la-exclusion-sanitaria-un-ano-despues-del-rdl-7-2018](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752)

[17] OHCHR | Statement by Professor Philip Alston, United Nations Special Rapporteur on extreme poverty and human rights, on his visit to Spain, 27 January – 7 February 2020 [Internet]. Ohchr.org. 2020. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25524&LangID=E>

[18] Healthcare expenditure statistics – Statistics Explained [Internet]. Ec.europa.eu. 2020. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

[19] Burström B. The attack on universal health coverage in Europe: different effects in different parts of Europe. *European Journal of Public Health*. 2015;25(3):366–67. DOI: 10.1093/eurpub/ckv073.

[20] Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):364–5. DOI: 10.1093/eurpub/ckv040.

[21] Martín J, López del Amo González M, Cano García M. Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. *Applied Economics*. 2011;43(1):19–46.

[22] Nghiem, S., Connelly, L. Convergence and determinants of health expenditures

in OECD countries. *Health Econ Rev.* 2017;29. DOI: 10.1186/s13561-017-0164-4

[23] Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Glob Health.* 2018;6(2):e152-e168. DOI:10.1016 doi: 10.1016/S2214-109X(17)30472-2.

[24] World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. 2017. SDGs and progress towards universal health coverage. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258544>

[25] Amnistía Internacional. La receta equivocada. El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España. 2018. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR4181362018SPANISH.PDF>

[26] Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Examen del 6º Informe Periódico de España, 63a sesión del CESCR, marzo 2018. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/ESP/INT_CESCR_CSS_ESP_30354_S.pdf

[27] Llop-Gironés Alba, Vargas Lorenzo Ingrid, Garcia-Subirats Irene, Aller Marta-Beatriz, Vázquez Navarrete María Luisa. Acceso a los servicios de salud de la

población inmigrante en España. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2014; 88(6):715-734. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>.

[28] Gimeno-Feliu L a, Armesto-Gómez J, Macipe-Costa R, Magallón-Botaya R. Comparative study of paediatric prescription drug utilization between the Spanish and immigrant population. *BMC health services research.* 2009; 9:225. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-225.pdf>.

[29] Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu L a, Macipe-Costa R, et al. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC public health.* 2011;11(1):432. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-432.pdf>

[30] Gimeno-Feliu, L.A., Pastor-Sanz, M., Poblador-Plou, B. et al. Multimorbidity and chronic diseases among undocumented migrants: evidence to contradict the myths. *Int J Equity Health* **19**, 113 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01225-0>

[31] McKee M, Stuckler D. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *BMJ.* 2011;343:d7973.

- [32] Lamata F, Oñorbe M. Crisis (esta crisis) y Salud (nuestra salud). 1 edición: Madrid; Bubok Publishing. 2014.
- [33] Reeves, A., Basu, S., McKee, M. *et al.* Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Global Health*. 2013;9(43). DOI:10.1186/1744-8603-9-43
- [34] Advancing universal health coverage in 2019 through the gender dividend – The Global Governance Project [Internet]. Globalgovernanceproject.com. 2019 Disponible en: <http://www.globalgovernanceproject.com/2019/06/22/advancing-universal-health-coverage-in-2019-through-the-gender-dividend/>
- [35] Pearson M, Colombo F, Murakami Y, James C. Universal health coverage and health outcomes. OECD. 2016. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Universal-Health-Coverage-and-Health-Outcomes-OECD-G7-Health-Ministerial-2016.pdf>
- [36] Ranabhat CL, Atkinson J, Park MB, Kim CB, Jakovljevic M. The Influence of Universal Health Coverage on Life Expectancy at Birth (LEAB) and Healthy Life Expectancy (HALE): A Multi-Country Cross-Sectional Study. *Front Pharmacol*. 2018;9:960. doi: 10.3389/fphar.2018.00960. PMID: 30279657; PMCID: PMC6153391.
- [37] Asch S, Leake B, Gelberg L. Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care? *West J Med*. 1994;161(4):373-6. PMID: 7817547; PMCID: PMC1022616.
- [38] Lu MC, Lin YG, Prietto NM, Garite TJ. Elimination of public funding of prenatal care for undocumented migrants in California: a cost/Benefit análisis. *Am J Obst Gynecol*. 2000;182(1):233-9. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(00\)70518-7/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(00)70518-7/abstract)
- [39] Juanmartí Mestres A, López Casanovas G, Vall Castelló J. The deadly effects of losing health insurance. CRES-UPF Working Paper #201802-104. 2018. Disponible en: <https://www.upf.edu/documents/3329791/O/CRESWP201802104.pdf/5d15cc11-7ed5-bef6-e9e7-aa53a30005e9>
- [40] Padilla J. ¿A quién vamos a dejar morir? Sanidad pública, crisis y la importancia de lo político. 1 edición. Madrid: Capitán Swing; 2019.
- [41] Himmelstein D, Thorne D, Warren E, Woolhandler S. Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. *The American Journal of Medicine*. 2009; 122:741-6 doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012
- [42] Jönsson B. Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations. *Eur J Health Econ*. 2009;10(4):357-9. DOI: 10.1007/s10198-009-0173-2.
- [43] Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and

refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013. PLoS One. 2015;10:e0131483.v

DOI:10.1371/journal.pone.0131483

[44] Ursula T, Novak-Zezula S, Renner A-T, et al. *Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance*. Vienna, 2016. Disponible en:

https://eea.iom.int/sites/default/files/publication/document/Cost_analysis_of_health_care_provision_for_irregular_migrants_and_EU_citizens_without_insurance.pdf

[45] Tripathy RM. Public health challenges for universal health coverage. *Indian J Public Health*. 2014;58(3):156-60. DOI: 10.4103/0019-557X.138619

[46] Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. *Social Protection and its Contribution to Social Cohesion and State-Building*. 2012 [Internet]. Disponible en:

<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7759.pdf>

[47] Issue paper for Session 4 - Social security policies for social cohesion and economic development. [Internet]. ilo.org. 2007. Disponible en: https://www.ilo.org/global/meetings-and-events/WCMS_084240/lang-en/index.htm

[48] Robinson N. The Importance Of Making Everything Easier • Current Affairs [Internet]. Current Affairs. 2019 Disponible

en:

<https://www.currentaffairs.org/2019/12/the-importance-of-making-everything-easier>

[49] Mesa S. *Silencio administrativo*. 1 edición. Barcelona: Editorial Anagrama; 2019.

[50] Marmot M. Why should the rich care about the health of the poor? *CMAJ*. 2012 Aug 7;184(11):1231-2. doi: 10.1503/cmaj.121088. Epub 2012 Jul 16. PMID: 22802381; PMCID: PMC3414593.

[51] Médecins du monde. *Left behind: the state of universal healthcare coverage in Europe*. 2019. Disponible en:

https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/2018/11/DOTW_2019_lo_wress_alt.pdf

[52] Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Pub Health*. 2012;22(2):26-71.

[53] Friedman E. The right to health for all: ending discrimination against undocumented migrants. [Internet]. O'Neill institute for national and global health. 2016. Disponible en:

<https://oneill.law.georgetown.edu/the-right-to-health-for-all-ending-discrimination-against-undocumented-migrants/>

[54] Trummer U, Simmonot N, Vanbiervliet F. Access to health care for undocumented migrant children. *European regulation and practices*. *Dilemata*. 2016;21:21-34.

Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5506555.pdf>

[55] Winters M, Rechel B, de Jong L, Pavlova M. A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):30. DOI: 10.1186/s12913-018-2838-y

[56] Smith AC, LeVoy M. Cities of rights: ensuring health care for undocumented residents. Bruselas: PICUM. 2017. Disponible en: [https://picum.org/wp-](https://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/CityOfRights_Health_EN.pdf)

[content/uploads/2017/11/CityOfRights_Health_EN.pdf](https://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/CityOfRights_Health_EN.pdf)

[57] Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, Pajín L, Suphanchaimat R, Wickramage K et al. Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. BMJ. 2019;366:4160. DOI: 10.1136/bmj.4160

[58] Congreso de los Diputados. Dictamen de la comisión para la reconstrucción social y económica. 2020. Disponible en: http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

