Hemos leído: "La implantación del RD 16/2012 en España aumentó la tasa de mortalidad de inmigrantes indocumentados en un 15%" en el trabajo: The deadly effects of loosing helath insurance (1) del CRES y la UPF

Ante la noticia del pasado mes de junio de que el nuevo gobierno español trabajará en la línea de que nuestro sistema sanitario vuelva a ser universal y gratuito, volvemos la vista atrás para valorar qué ha ocurrido en nuestro país en los últimos años y tras la aplicación del Real Decreto 16/2012. Este decreto tuvo desde el inicio una repulsa generalizada de las ONG, asociaciones y sociedades científicas que mostraron su desacuerdo con las bases infundadas en las que se apoyaba. Las distintas comunidades autónomas se comportaron de maneras muy distintas en su aplicación. Son muchos los trabajos que se han generado en este ámbito pero me gustaría repasar uno de ellos. En marzo de 2018 investigadores de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) de Barcelona y del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) publicaban el trabajo The deadly effects of loosing health insurance. El trabajo realizado por economistas de la salud tiene una metodología compleja, basada en modelos matemáticos enmarcados en una regresión que intenta valorar las diferencias de las diferencias con sus correspondientes correctores. Su lectura como profesional sanitaria asistencial me ha resultado complicada en muchos momentos pero las conclusiones que apunta son de una enorme trascendencia para valorar el impacto de nuestro trabajo diario y de la importancia de tener un sistema de salud universal sin dificultades de acceso. En el trabajo los autores estiman el efecto de la cobertura sanitaria en inmigrantes indocumentados. Lo hacen a partir de la reforma implantada en España en septiembre de 2012 que restringió el acceso a la

sanidad pública en este grupo de población. La comparación entre inmigrantes indocumentados y la población nativa no afectada por la reforma les ha permitido estimar el efecto de esta restricción sobre la tasa de mortalidad de los inmigrantes indocumentados. Los resultados muestran que, **durante los primeros tres años de implementación**, la restricción **aumentó la tasa de mortalidad** de los inmigrantes indocumentados en un **15%**, sugiriendo que la cobertura sanitaria tiene un amplio efecto en el estado de salud de poblaciones vulnerables con escasas alternativas para acceder al cuidado sanitario.

El trabajo está estructurado en 6 apartados:

I. **Introducción**: en 25 años el número de migrantes en el mundo ha aumentado de 152 millones a 244 millones, es decir un 61%. De estos, 141 millones viven en países desarrollados representando el 11,2% de la población de estos países mientras 103 están establecidos en países en desarrollo representando el 1,7% de esta población (Naciones Unidas, 2016). Gran parte de la población migrante vive en el país de destino sin autorización legal. Las restimaciones indican que para todos los países desarrollados, alrededor de un tercio de todos los migrantes son indocumentados. En un estudio comparativo de políticas nacionales implementadas en 27 estados miembros de la UE en el 2011 sólo en 5 países inmigrantes indocumentados tenían garantizado el acceso a los sistemas públicos de salud en las mismas condiciones que los nativos y los inmigrantes regulares. En 12 países, los inmigrantes indocumentados sólo podían recibir atención urgente y en los 10 restantes incluso el acceso a urgencias estaba restringido. Los inmigrantes a menudo se enfrentan a otras barreras en su acceso a los servicios sanitarios. Están documentadas en la literatura las barreras de acceso por obstáculos burocráticos, tramitación de papeleo, prácticas discriminatorias, miedo a la deportación, problemas de comunicación o experimentación de miedo o estigma. Los inmigrantes habitualmente son más jóvenes y con un mejor estado de salud al llegar al país de destino y consumen menos recursos sanitarios. Muchas veces se ve afectado el uso de servicios sanitarios y otros dispositivos públicos por el miedo a que se descubra su situación irregular.

Este es el primer artículo que **estima** el efecto de la cobertura sanitaria de la población inmigrante indocumentada.

II. **Descripción de las características de la reforma que restringió el acceso a la atención médica para inmigrantes indocumentados**: El sistema público sanitario español cubierto casi totalmente con impuestos se descentralizó en el 2002 en las 17 comunidades autónomas. El gobierno central tiene entre sus funciones diseñar e implementar la legislación nacional y llevar la coordinación general del sistema. Hasta el 2012 la cobertura era universal. La única condición para acceder a los servicios sanitarios era estar empadronado.

En el 2012 con la pretensión de intentar ahorrar recursos y frenar el turismo sanitario el gobierno español implementó una reforma sanitaria con la aprobación del RD 16/2012, que se hizo efectivo el 1 de septiembre de 2012. A partir de ese momento los inmigrantes necesitaban tener un permiso de trabajo vigente para poder acceder al sistema sanitario. Los inmigrantes indocumentados pasaban a quedar fuera del sistema público excepto en 3 situaciones en las que eran tributarios del mismo cuidado que los autóctonos:

- Atención urgente
- Atención sanitaria durante embarazo, postparto y puerperio.
- Cuidado sanitario de menores de 18 años

Es difícil conocer el número de personas que quedaron afectadas por este real decreto. En un estudio subvencionado por la Comisión Europea en el 2009 se estima el número de inmigrantes indocumentados en el periodo 2001-2008. De 260.645 inmigrantes indocumentados viviendo en España en el 2001, el número se incrementa hasta 1.231.751 personas en 2005. A partir de aquí disminuye gradualmente hasta 353.927 personas en 2008. La reducción se debió a la regularización general implementada en 2005, al acceso de Rumania y Bulgaria a la UE en 2007 y controles estrictos de pasaportes para los inmigrantes Latinoamericanos junto a más repatriaciones policiales.

Se estima por una respuesta dada en el parlamento en noviembre de 2013 que 748.835 cartillas sanitarias habían dejado de ser funcionales porque la persona no estaba viviendo en España cuando se verificó. En el documento que el gobierno español envía de forma anual al consejo de la Unión Europea y a la Comisión europea

se explicita que con la implementación del RD 16/2012 y con la intención de evitar el fraude relacionado con la obtención de la tarjeta sanitaria española, 873.000 cartillas sanitarias fueron retiradas. (13,87% de la población inmigrante en España en 2012 y el 1,86% de la población total). A pesar de que el seguimiento del RD ha sido irregular a lo largo del territorio, se han estudiado los efectos de la restricción con indicadores como la mortalidad, en todo el territorio nacional.

III. Descripción de los datos y estrategia de identificación utilizada para estimar el efecto de la restricción

Han utilizado la **estadística de causas de muerte** del Instituto Nacional español de estadística que registra todas las muertes ocurridas en España. Se han utilizado los datos **entre 2009 y 2015** para obtener un plazo anterior y posterior a la implantación del RD 16/2012. Para cada caso individual se obtiene la fecha y causa de la muerte, la nacionalidad y país de nacimiento, el sexo, edad y fecha de nacimiento y la región española en la que se produjo la muerte. Se han observado las tasas de mortalidad en cada región por periodo de tiempo tanto para la población nativa (grupo control) como para la población inmigrante indocumentada (grupo tratamiento). Los registros de mortalidad no contienen información sobre el estatus administrativo de los inmigrantes. Como la población inmigrante indocumentada es más joven que la nativa, se hace el punto de corte en menores de 65 años para hacer los patrones de mortalidad de los dos grupos más comparables.

El objetivo es estimar el efecto de la restricción al acceso al sistema público de salud en la tasa de mortalidad de los inmigrantes indocumentados afectados por la medida. Se compara la evolución de las tasas de mortalidad entre nativos e indocumentados **pre y post aplicación del RD** en un marco de regresión que valora la diferencia de las diferencias encontradas.

IV. **Resultados de la estimación**. Los patrones de mortalidad para nativos e inmigrantes indocumentados se presenta incluyendo **tres grupos de nacionalidades** (africanos, centro sudamericanos y asiáticos) que son los tres grupos de inmigrantes con mayor porcentaje de indocumentados. La reforma ha tenido un efecto positivo en la tasa de mortalidad de los inmigrantes indocumentados. Antes de la implantación de la reforma la mortalidad de nativos e inmigrantes indocumentados seguía de forma

paralela una línea descendiente. La implementación de la reforma no tiene efecto sobre la mortalidad de los nativos que continúa descendiendo. La mortalidad de los inmigrantes indocumentados inicia su ascenso justo después de la implementación de la reforma. El tiempo de aumento está en consonancia con los efectos en mortalidad que resultan de interrumpir tratamientos aumentando con el tiempo. Con diferencias menores, este patrón es el mismo si se diferencia por grupos de nacionalidad, lo que prueba que, el comportamiento de la tasa de mortalidad no está condicionada por las características culturales de algún grupo en particular.

Los resultados indican un efecto positivo fuerte y significativo de la introducción de la restricción en la tasa de mortalidad de los inmigrantes indocumentados. En los tres años tras la implementación de la reforma en septiembre de 2012, ha aumentado la tasa de mortalidad de forma mensual en los inmigrantes indocumentados. Este efecto corresponde a un **incremento del 15%** en la tasa de mortalidad mensual prereforma. El efecto es significativo para los tres grupos de nacionalidades y por tanto no puede atribuirse a las características culturales de un subgrupo de población inmigrante. Dado que la restricción ha afectado a 873.000 individuos, se estima que ha habido un **aumento de 6 muertes cada mes** o unas 70 muertes adicionales por año.

Los resultados se presentan en **tres grupos de edad** (de 0 a 19 de 20 a 39 y de 40 a 64) Por debajo de 18 años la restricción en principio no afectaba por lo que no se esperaban diferencias en este grupo de edad. En el grupo de edad superior el impacto es superior coherentemente con la interrupción de tratamiento y cuidados llegando al 19,89%. En el grupo intermedio la tasa de mortalidad mensual aumentó en un 16,49%.

Los resultados muestran que los cambios en la curva de la tasa de mortalidad son resultado de la implementación de la reforma. La mortalidad en los inmigrantes indocumentados aumentó exponencialmente en los 3 años de forma similar en los tres grupos por nacionalidades.

Un hecho que puede alterar los resultados es que la restricción de acceso indujo a algunos inmigrantes indocumentados a migrar a países vecinos a sus países de origen buscando un mejor acceso al servicio sanitario. El trabajo estudia si ha habido un cambio en la población de indocumentados respecto a la autóctona. A pesar de que

esta **migración selectiva** puede resultar un sesgo en los resultados, una gran parte del efecto sobre la mortalidad no puede ser explicado por esta causa. Los resultados son capaces de valorar la presencia potencial de migración selectiva inducida por la reforma.

Mortalidad evitable: la calidad de un sistema sanitario se puede medir por la cantidad de muertes que pueden ser evitadas ya que son producidas por causas que no deben ocurrir en presencia de intervenciones efectivas a tiempo con un cuidado médico adecuado. Los resultados del estudio muestran que la reforma tiene más amplio impacto para la mortalidad evitable. Los resultados proporcionan clara evidencia de que la reforma ha dado lugar a un mayor aumento de la mortalidad resultante de causas de muerte más susceptibles a la atención médica.

V. Efecto de la reforma usando una estrategia de identificación alternativa.

Hay efectos significativos en la mortalidad de la reforma cuando se explota la variación en la proporción anterior a la reforma de indocumentados inmigrantes (una variable que podemos interpretar como una forma de intensidad de tratamiento), que da mayor credibilidad a la interpretación causal de las estimaciones

El uso de una estrategia de identificación alternativa que explota la variación en la proporción previa a la reforma de inmigrantes indocumentados arroja resultados similares, otorgando crédito a la solidez de la estrategia de identificación.

VI. Conclusiones

El aumento sin precedentes de los flujos migratorios internacionales en las últimas décadas ha colocado los asuntos de inmigración a la vanguardia de la cobertura de los medios y los debates políticos de los países destino, con el debate a menudo centrado en las posibles consecuencias negativas de la inmigración para las perspectivas del mercado laboral de la población nativa o su negativo efecto en las cuentas públicas. En este contexto, muchos gobiernos en países desarrollados están implementando restricciones en el acceso a la atención médica pública para inmigrantes indocumentados, con poco conocimiento sobre las consecuencias que este tipo de restricciones en la salud pueden tener en el estado de salud de una población vulnerable, como la migrante.

Se estima que la reforma aumentó la tasa de mortalidad de inmigrantes indocumentados en un **15% durante sus primeros tres años** de implementación, un efecto que corresponde a **70 muertes adicionales por año** como resultado de la reforma.

El efecto **aumenta con el paso del tiempo**, llega a ser del 22,6% en el tercer año. Los efectos de la restricción son **más evidentes en la mortalidad evitable**.

El análisis muestra que los efectos de la reforma sobre la mortalidad aumentan con respecto al tiempo después de la implementación, lo que sugiere que los efectos a largo plazo son importantes. Solo se ha estudiado los efectos de la reforma durante un período de tres años después de la implementación pero una imagen más completa de los efectos requeriría un lapso de tiempo más largo.

Estos resultados sugieren que la cobertura sanitaria puede tener grandes impactos sobre el estado de salud de las poblaciones vulnerables con pocas alternativas para acceder a la atención médica, y proporciona evidencia de que las restricciones en la cobertura de salud pública específicamente dirigidos a la población inmigrante tienen fuertes consecuencias negativas para su salud.

A la vista de estos resultados y, a pesar de que muchos aspectos del estudio sean difíciles de valorar por la gran dificultad en obtener datos reales, creo que deben llevarnos a exigir una asistencia sanitaria universal. Como profesionales asistenciales que somos de Atención Primaria somos protagonistas en la atención y cuidado de grupos especialmente vulnerables y debemos garantizar que se les ofrece la mejora atención posible.

FIGURE 1—EVOLUTION OF MORTALITY RATE FOR UNDOCUMENTED IMMIGRANTS AND NATIVES

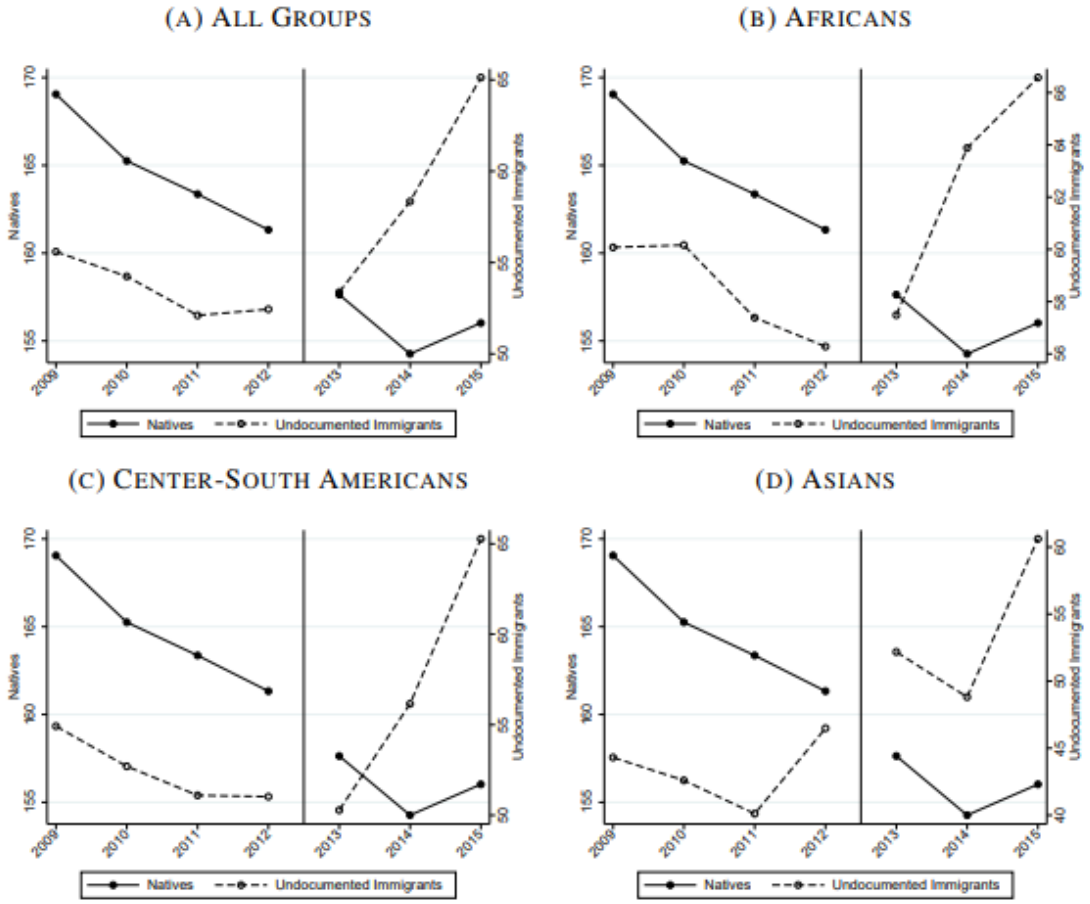
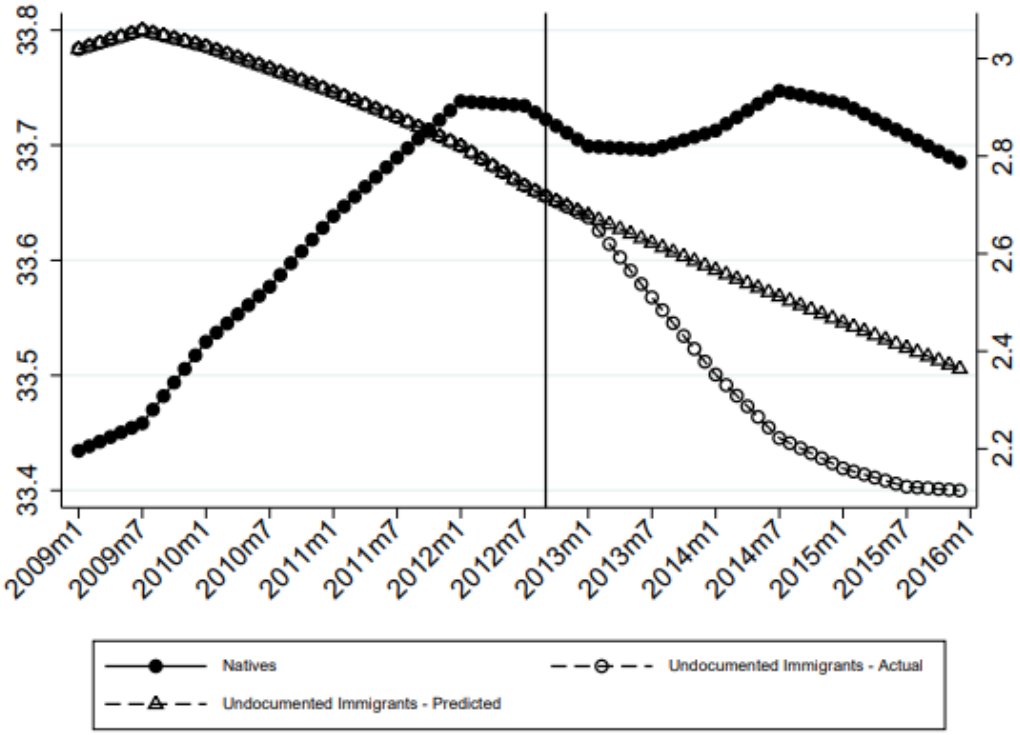


FIGURE 3—POPULATION OF NATIVES AND UNDOCUMENTED IMMIGRANTS (IN MILLIONS)



(1) Juanmarti Mestres A., Lopez Casasnovas G., Vall Castello J. *The deadly effects of losing health insurance*

Barcelona: Universitat Pompeu Fabra y CRES-UPF, marzo 2018.

Autora: **Ethel Sequeira. Coordinadora COCOOPSI-CAMFIC**