Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Gac Sanit. 2012;**26(4)**:298–300

Editorial

¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud?

Is the universal coverage of our national health system in danger?

Luis Andrés López-Fernández[a,*], Juan Ignacio Martínez Millán[b], Alberto Fernández Ajuria[b], Joan Carles March Cerdà[a,b], Amets Suess[a,b], Alina Danet Danet[b] y María Ángeles Prieto Rodríguez[a,b]

[a] *Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España*
[b] *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España*

El 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[1], modifica elementos sustantivos de nuestro sistema sanitario. Su capítulo 1 realiza un cambio estratégico de mucha profundidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), al modificar el contenido del artículo 3 de la Ley de Cohesión 16/2003, que definía como titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a: «*...Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000*»[2], y que ahora pasa a tener la siguiente redacción: «*La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado*». Además, el decreto no hace mención al apartado de la reciente Ley General de Salud Pública, que mediante el redactado «*1. Se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico*»[3] generalizaba el derecho a la asistencia sanitaria pública al incorporar los escasos colectivos que, por carencias del desarrollo reglamentario de las normas precedentes, habían quedado sin contemplar.

El derecho a la asistencia sanitaria estaba vinculado a la posesión de la ciudadanía española o del empadronamiento en España. Este derecho pasa ahora a estar vinculado a la situación de estar asegurados o de ser beneficiarios de la Seguridad Social. La diferencia es sustancial. Si teníamos el derecho por ser españoles y por ser residentes, «todos» teníamos el derecho; si lo tenemos por estar asegurados o ser beneficiarios, tenemos que verificar y demostrar que tenemos el derecho. Respecto a la condición de ser beneficiario, se asigna su determinación a la Tesorería General de la Seguridad Social, lo que introduce la duda sobre si esta disposición es concordante con lo que determinan algunos estatutos de autonomía, normas de rango superior al Decreto Ley analizado.

Tras décadas de trabajo de integración y de ampliación progresiva de la cobertura hasta alcanzar la universalidad de nuestro SNS, con hitos claros en la Ley General de Sanidad (1986), la financiación de la sanidad por impuestos (1999), las Leyes de Extranjería (2000), Cohesión (2003) y la Ley General de Salud Pública (2011), el decreto provoca una quiebra del modelo de universalidad, con pérdidas graves de derechos, al implantar un sistema basado en el aseguramiento. Para clarificar muchos de los huecos que el sistema deja sin cubrir, tendremos que esperar a los reglamentos que regulen a los beneficiarios y la consideración de personas sin recursos.

De momento han sido excluidos los inmigrantes empadronados y sin permiso de residencia. Señalar a este colectivo con un discurso confuso que vincula los supuestos ahorros de esta medida con el turismo sanitario, supone una posición demagógica, ya que nadie piensa que la población inmigrante en esta situación sea causante de dicho problema. Nuestro país puede resolver sin orientar la solución hacia un chivo expiatorio, evitando así el riesgo de alimentar posiciones xenófobas. Se dispone de normas regulatorias para el reintegro del gasto en el espacio comunitario que sólo requieren su gestión adecuada, o la modificación pertinente. No hacía falta este RDL para solucionar el problema, lo que evidencia que el turismo sanitario es utilizado como excusa[4].

La exclusión del colectivo inmigrante en situación irregular muestra el cambio, desde una posición ética basada en la solidaridad y el reconocimiento de derechos básicos de ciudadanía a los más desfavorecidos, a otra que desenmascara a quienes los propugnan. Además, ya están estudiados los efectos negativos que la exclusión del acceso sanitario tiene sobre la salud de la población inmigrante, la sanidad pública y la gestión sanitaria, incluyendo un aumento del uso de los servicios de urgencias y la previsión de mayores costes a mediano y largo plazo como consecuencia de la no atención[5–8].

La falta de acceso sanitario de las personas inmigrantes puede reforzar los riesgos para la salud asociados a las condiciones socioeconómicas desfavorables[7]. Investigaciones recientes llevadas a cabo en el ámbito español muestran un menor uso de los servicios sanitarios públicos y menos gasto farmacéutico por parte de las personas inmigrantes que de la población autóctona[9–15]. Se trata de poblaciones seleccionadas; no emigra quien quiere sino quien puede.

Las personas inmigrantes podrán hacer uso de los servicios de urgencias, de atención al embarazo, el parto y el posparto, y hasta los 18 años de edad, pero no dispondrán de tarjeta sanitaria. Fuera de estos espacios, cualquier demanda generará problemas de conciencia a nuestros profesionales, cuya ética será sometida a prueba cotidianamente.

Otro colectivo afectado por el RDL 16/2012 son los jóvenes mayores de 26 años que no hayan entrado en el sistema de la seguridad social. La exclusión de nuestros jóvenes del SNS tiene un carácter simbólico enorme. Estarán fuera del «sistema de todos» antes de entrar por primera vez en el mundo laboral. Es la generación que nutre a «los indignados», al movimiento del 15 M, y que para poder entrar en el SNS tendrán que ser declarados «personas sin recursos». ¿Se pretende que contraten seguros privados financiados por sus familias? Se pone en grave peligro la solidaridad intergeneracional y la cohesión social.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: luisandres.lopez.easp@juntadeandalucia.es (L.A. López-Fernández).

0213-9111/$ – see front matter © 2012 Publicado por Elsevier España, S.L. en nombre de SESPAS.
http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.001

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Un problema que puede ser extenso y con graves implicaciones es la exclusión de las mujeres que no trabajan fuera de casa, cuyo derecho de asistencia quedará vinculado a su consideración de beneficiarias de sus parejas varones, generando una situación de dependencia; asunto importante sea cual sea la regulación que se haga de la condición de beneficiaria. También surgirán problemas en las bolsas de trabajadores españoles que sobreviven en la economía informal, o con los retornados de países sin acuerdos de seguridad social.

El resto de las medidas contempladas por el decreto, relacionadas con la ordenación de la cartera de servicios, el establecimiento de fórmulas de copago para la prestación farmacéutica y prestaciones complementarias, están repletas de imprecisiones y descansan en la misma filosofía que descarga en la "víctima" la responsabilidad de nuestras ineficiencias. Poniendo la carga del copago sobre la población que más necesita el uso de los servicios de atención, se erosiona el principio de solidaridad que era una de las claves de nuestro sistema.

Serán las personas con enfermedades crónicas las grandes afectadas por las nuevas fórmulas de copago, y en concreto los pacientes pluripatológicos. Sabemos que el incremento del coste de los fármacos para las personas de edad avanzada puede llevar a reducciones en el uso de fármacos esenciales, junto a un aumento de la tasa de acontecimientos adversos y el consiguiente aumento global del gasto sanitario[16]. Algunos economistas con planteamientos favorables al copago, basándose en la evidencia de sus consecuencias, señalan que afecta tanto al consumo de los medicamentos menos necesarios como al de los más necesarios y efectivos, ocasionando potenciales efectos negativos. De aquí la necesidad de proteger a los económicamente más débiles y a los más enfermos[17,18]. Estas medidas deberían haber contemplado su impacto en las recién formuladas estrategias de abordaje de la cronicidad planteadas por diversas comunidades autónomas y por el ministerio[19–22].

Pero además, el RDL establece que «*Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial*»[1]. Quizá en este último párrafo esté una de las claves para entender lo que propone el RDL: otros seguros (¿privados?) pueden ser también la fuente de acceso al derecho a la asistencia sanitaria. Un paso atrás en derechos ciudadanos y una oportunidad de abrir un negocio para aseguradoras privadas. Como dice Naomi Klein, «los que están en contra del estado del bienestar nunca desaprovechan una buena crisis»[23].

Al no haber considerado los impactos desiguales, estas medidas afectarán gravemente a las mujeres, ya que en tiempos de crisis los efectos negativos sobre las mujeres se agudizan[24]. Globalmente, por la consecuente crisis social «de cuidados» que atrapa a la mujer en su papel de cuidadora, responsabilizándola así de una mayor carga laboral no remunerada[25], y en particular, con el RDL, porque las restricciones en la cobertura sanitaria y farmacéutica pueden tener consecuencias aún más acusadas en el caso de los núcleos familiares monoparentales (la mujer es la persona principal en el 88,7% de los casos)[26].

Cuando las personas no protegidas tengan recursos se creará un mercado de seguros privados en el cual estarán los sectores más favorecidos socialmente, entre ellos empresarios y jóvenes hijos de las clases medias. Este sector social dejará de proteger y presionará para no financiar al sector público, en el cual quedarán los sectores medios, populares y los pobres. Como dice Richard Titmuss, «un sistema separado para pobres (...) será siempre un pobre sistema»[27].

Los españoles nos vamos a gastar mucho más en salud. Los sistemas basados en el aseguramiento son más caros que los servicios nacionales de salud basados en impuestos. Los costes de transferencia derivados del control del aseguramiento, la facturación y la fragmentación del sistema explican este aumento de los costes, junto a la pérdida del control estratégico por parte del gobierno, que reduce la capacidad de control de los costes[28,29].

En una situación de escasez, hay que prestar atención no sólo a la inmediatez del impacto económico de las medidas que se están tomando, sino también al impacto del conjunto de tales decisiones en la salud de la población. Es lamentable que las indicaciones contenidas en las leyes de salud pública de última generación, desarrolladas en línea con el acuerdo de la estrategia europea de «Salud en todas las políticas», no se hayan tenido en consideración.

Somos los profesionales de la salud los responsables de la mayoría de las decisiones que generan gasto en salud. Y será mediante nuestro compromiso, la colaboración ciudadana y un mayor control por los poderes del estado sobre las fuentes de influencia que determinan los mayores incrementos de gasto (farmacia y en especial nuevas tecnologías), como podremos llevar adelante un SNS sostenible, universal, equitativo, accesible y de calidad para todos.

Un cambio de esta profundidad del sistema sanitario español no puede hacerse sin el consenso de todos los actores que en él participan. Los trazos de la reforma deberían haberse planteado desde el diálogo, y su adaptación en ritmos a la coyuntura económica[30].

Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado en la conceptualización y la redacción del artículo, y han aprobado la versión final.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Han colaborado aportando sus opiniones y experiencia José María Sánchez Bursón, Norberto Sanfrutos, José Jesús Martín y dos revisores o revisoras de Gaceta Sanitaria. Agradecemos sinceramente sus aportaciones.

Bibliografía

1. 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. BOE n.° 98, 24 de abril de 2012; Sec. I: 31278-312.
2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad en el Sistema Nacional de Salud. BOE n.° 128, 29 de mayo de 2003; 20567-88.
3. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE n.° 240, 5 de octubre de 2011; Sec. I: 104593-626.
4. García-Sánchez I, Pinilla Muñoz J, Escudero Espinosa C, et al. Guía de buenas prácticas para mejorar la facturación por la asistencia sanitaria a ciudadanos de la UE en el SSPA. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.
5. Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States. European Union Agency for Fundamental Rights. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011.
6. Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union. European Union Agency for Fundamental Rights. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011.
7. Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. Informe del Observatorio Europeo – Médicos del Mundo; 2009.
8. Preocupaciones principales de PICUM sobre los derechos fundamentales de los migrantes indocumentados en Europa. PICUM. Plataforma para la Cooperación Internacional sobre Inmigrantes Indocumentados. Bruselas: PICUM; 2010.
9. Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, et al. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. BMC Public Health. 2011;11:432–9.
10. Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez J, Márquez Cid M, et al. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. Gac Sanit. 2009;23:208–15.
11. Vall-llosera Casanovas L, Saurina Canals C, Saez Zafra M. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la Región Sanitaria Girona. Rev Esp Salud Pública. 2009;83:291–307.
12. Burrillo-Putze G, Balanzó X. Desmontando tópicos sobre inmigración y salud. An Sist Sanit Navar. 2010;33:127–31.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

13. Fuertes C, Trujillo E, Pinillos MA, et al. La atención a la diversidad en urgencias. An Sist Sanit Navar. 2010;33:149–61.
14. Sanz LJ, Elustondo I, Valverde M, et al. Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2007;27:281–91.
15. Blanco Moreno A, Hernández Pascual J. El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal. Gac Sanit. 2009;23 (Supl 1):25–8.
16. Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. JAMA. 2001;285: 421–9.
17. Puig-Junoy J. La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado). Gestión Clínica y Sanitaria. 2004;6:133–40.
18. Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. Gac Sanit. 2012;26:78–9.
19. Compartiendo el avance de la estrategia de la cronicidad. Evolución de los proyectos 2010-2012. (Consultado el 27/5/2012.) Disponible en: http://iv.congresocronicos.org/documentos/compartiendo-avance-estrategia-cronicidad.pdf.
20. Orueta JF, Mateos del Pino M, Barrio Beraza I, et al. Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. Aten Primaria. 2012, http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.01, 001.
21. Melguizo M. De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad. Aten Primaria. 2011;43:67–8.
22. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC). (Consultado el 27/5/2012.) Disponible en: http://www.opimec.org/equipos/plan-andaluz-de-atencion-a-personas-con-enfermedades-cronicas/.
23. Klein N. The shock doctrine: the rise of disaster capitalism. 2008.
24. Stephen G, Roberts A. Macroeconomic governance, gendered inequality, and global crises. En: Young B, Bakker I, Elson D, editores. Questioning financial governance from a feminist perspective. Routledge; 2011. p. 155-170.
25. Gálvez L, Torres J. La crisis económica y sus alternativas: una perspectiva de género. Feminismo ante la crisis. Fórum de política feminista. 2009:15–30. (Consultado el 27/5/2012.) Disponible en: http://www.forumpoliticafeminista.org/fotos/files/1.pdf.
26. Mujeres y hombres en España. 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad. Instituto de la Mujer. Instituto Nacional de Estadística. 2011 (Consultado el 27/5/2012.) Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas&rendermode=previewnoinsite).
27. Titmuss R. Essays on the welfare state. London: Unwin Hyman; 1958.
28. Figueras J, Saltman RB, Busse R, et al. Patterns and performance in social health insurance systems. En: Saltman RB, Busse R, Figueras J, editores. Social health insurance systems in western Europe. Maidenhead: Open University Press; 2004. p. 140–81.
29. Van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Services Research. 2007;7:94.
30. Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22 (Supl 1):118–25.