

Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012

El presente documento responde a la demanda de la Asamblea Ordinaria General de Socios de AES, celebrada el 17 de mayo de 2012 en Bilbao, de expresar la posición de la Asociación de Economía de la Salud ante los cambios en el modelo de sistema sanitario que supone el Capítulo I del Real Decreto Ley 16/2012 (RDL 16/2012), de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, dedicado a la asistencia sanitaria en España.

Ante el contenido de dicho Capítulo, y la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal expresado en el mismo, la Asociación de Economía de la Salud quiere expresar que:

1) El RDL 16/2012 supone la revocación —al menos parcial— de una aspiración histórica durante nuestra moderna andadura democrática: la de dotarnos de un Sistema Nacional de Salud (SNS) despegado de sus orígenes de previsión social en el cual el acceso al servicio sanitario se basa en el concepto de ciudadanía. Así, el nuevo sistema propuesto vuelve al modelo de Seguridad Social que creíamos superado, donde la condición básica de acceso reside en el concepto de asegurado y beneficiario.

2) La asimilación planteada por la citada norma del actual SNS a un sistema de Seguridad Social, aunque políticamente legítima, no deja de ser contradictoria con el hecho de que la financiación de la sanidad pública no proviene de las cotizaciones de los afiliados a la Seguridad Social, sino de los impuestos de todos los ciudadanos. A esto se añade que la fórmula elegida para el cambio, un RDL, disposición jurídica orientada a la aplicación de una norma de manera inmediata por su carácter urgente, no parece la más adecuada ante un giro de tanta importancia.

3) Pese a que en el preámbulo del RDL 16/2012 se alude a la "vocación universal" del sistema sanitario como elemento positivo, la nueva norma dejará fuera de cobertura a parte de la población residente en España.

3.1. Al afirmarse que "las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente", se abre la puerta a excluir de la cobertura pública a personas de más elevados ingresos. En numerosos debates mantenidos en el seno

de AES se ha concluido que “un sistema de salud para pobres es un pobre sistema”. Esta exclusión quiebra la generalizada aceptación de la superioridad —en términos de eficiencia— del aseguramiento obligatorio.

3.2. El RDL no reconoce la condición de beneficiarios de un asegurado a los descendientes a cargo del mismo de 26 o más años. Este cambio representa un retroceso a la situación previa a 1987, año en el que se abolió dicho límite de edad para que todos los descendientes y asimilados tuvieran derecho a la asistencia sanitaria pública. Como el RDL no contempla entre los supuestos que confieren la condición de asegurado el caso de las personas de 26 o más años que no estén afiliadas a la Seguridad Social, o que no sean pensionistas, ni perceptores de prestaciones por desempleo, o que, habiéndolas agotado, no figuren inscritas en la oficina correspondiente como demandantes de empleo, dichas personas, para recibir asistencia sanitaria pública, no tienen más opción que declarar que carecen de recursos económicos suficientes.

3.3. El tercer colectivo que quedaría excluido serían los extranjeros de 18 o más años de edad no registrados ni autorizados como residentes en España, aunque en el RDL se indica que recibirán asistencia sanitaria en las modalidades de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica y de asistencia al embarazo, parto y postparto.

Esta medida puede provocar el agravamiento de los problemas de salud de los afectados, a resultas del retraso en la atención médica recibida, así como de salud pública si no se atiende a quienes padecen enfermedades infectocontagiosas, junto con las consecuencias dañinas derivadas de la pérdida de continuidad asistencial. Asimismo, restringir la asistencia sanitaria a la puerta de urgencias, aumenta el riesgo de sobrecarga de este servicio con la consiguiente pérdida de calidad asistencial para todos los usuarios. Finalmente, la denegación de la asistencia puede agravar los problemas de desarraigo y exclusión social de las personas que se hallen en este supuesto, y redundar en otros serios problemas sociales.

Aunque el Tribunal de Cuentas denuncia en su informe fiscalizador que existe el riesgo de que ciudadanos extranjeros estén beneficiándose indebidamente de las prestaciones del SNS, esto no justifica, ni el propio Tribunal lo incluye entre sus recomendaciones, que se atribuya la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria a los asegurados en lugar de a los ciudadanos. Ello es aún más evidente al comprobar que, como se señala en dicho informe, la mayor parte de la asistencia no facturada corresponde a ciudadanos de origen comunitario (sujetos a los correspondientes reglamentos suscritos por España), por lo que lo natural sería que los organismos responsables reclamaran el resarcimiento de esos gastos y, en cualquier caso, mejorasen los vigentes sistemas de registro, facturación y control de las prestaciones sanitarias dispensadas a nacionales de países de la UE.

En suma, el RDL 16/2012 cambia la naturaleza del derecho a la prestación sanitaria pública, recuperando la distinción entre titulares y beneficiarios del aseguramiento, para lo cual soslaya que la asistencia sanitaria pública está definida desde hace casi dos décadas como una “prestación de naturaleza no contributiva expresamente excluida de la financiación de la Seguridad Social”. La universalidad se trunca al desligarse de cualquier condición de ciudadanía.

Una medida tan sustancial debería beneficiarse de un debate civil y parlamentario profundo y sosegado que haga aflorar tanto ventajas como riesgos.

Por ello, la Asociación de Economía de la Salud invita a sus socios y socias a fomentar de manera abierta y constructiva dicho debate tanto con nuestros representantes políticos, como con otras sociedades científicas y profesionales y con la ciudadanía.

Barcelona, 10 de julio de 2012

Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud