

La exclusión sanitaria en España

Healthcare Exclusion in Spain

Pedro Fuentes Rey

Técnico responsable de salud en el Equipo de Promoción de Derechos y Economía Solidaria de Cáritas Española

Resumen

Partiendo de una primera conceptualización de la exclusión social, se presentan los principales resultados de las más recientes investigaciones de la misma en España, señalando los elementos en los que la salud se relaciona directamente con el fenómeno de la exclusión, para terminar haciendo un análisis del impacto que la reciente reforma del Sistema Nacional de Salud ha tenido en los colectivos más vulnerables y en la población en general.

Palabras clave. Exclusión social. Vulnerabilidad social. Pobreza. Salud. Sistema Nacional de Salud.

Abstract

Departing from an initial idea of social exclusion, this paper analyzes the main results of the latest researches on social exclusion in Spain, highlighting the elements in which health is directly related to the problem of exclusion, and ending with an analysis of the impact that the recent reform of the National Health Service has had on the most vulnerable groups and on the overall population.

Keywords. Social exclusion. Social vulnerability Poverty. Health. National Health Service.

Pedro Fuentes Rey (✉)
Técnico responsable de salud en el Equipo de Promoción de Derechos y Economía Solidaria de Cáritas Española
email: pfuentes.ssgg@caritas.es

1. El concepto de exclusión social

1.1 De la pobreza a la exclusión

Los años 80 supusieron un avance en la reflexión sociológica en torno al problema de la pobreza, concepto este que hasta la fecha poseía un carácter cosificado, estático, unidimensional y economicista, adoptándose a partir de entonces un enfoque multidimensional, complejo, dinámico y relacional. A modo de ejemplo podemos manejar la definición del término pobreza utilizada por la Unión Europea en aquellos años: "A los efectos de esta Decisión, se entiende que la expresión 'pobre' se refiere a aquellas personas, familias y grupos de personas cuyos recursos (materiales, culturales y sociales) son tan limitados que les excluyen del mínimo nivel de vida aceptable en los Estados Miembros en los que viven."

Más adelante, en especial durante los programas dos y tres, el término se transformó, pasando a denominarse "exclusión social": "Hablar de exclusión social es expresar que el problema no es ya solamente de desigualdades entre la parte alta y la parte baja de la escala social (*up/down*), sino también el de la distancia, en el cuerpo social, entre los que participan en su dinámica y los que son rechazados hacia sus márgenes (*in/out*)" (Comisión Europea, 1995). Si bien ambos términos se utilizan simultáneamente, este segundo comenzó a usarse para dar cuenta de la novedad dentro de un fenómeno antiguo.

La exclusión social es una realidad compleja y multidimensional, consistente y resistente al cambio.

1.2. Factores de ubicación de la exclusión

Ubicar el fenómeno de la exclusión en el marco de la sociedad de la que forma parte nos puede ayudar a su mejor comprensión. Para ello, aunque de una forma muy sintética, podríamos definir tres elementos o factores que nos ayudan a ubicar a las personas o a los colectivos en su "espacio social" (Castel, 1977).

1. El primero de ellos se refiere al *ejercicio de los derechos sociales*. Dado que no identificamos pobreza sólo con la carencia económica (tener unos ingresos que no permiten vivir dignamente) y dado que las carencias son muchas más, sabemos que de lo que se trata es de la posibilidad o no de ejercitar el conjunto de los derechos sociales de las personas: el trabajo, la vivienda, la salud, la educación, la garantía de ingresos.

Así, el grado de ejercicio de estos derechos, o la carencia de ellos, se convierte en el primero de los factores de ubicación social. Y en nuestro modelo social, hoy por hoy, la posibilidad del ejercicio de este conjunto de derechos sociales pasa por tener o no tener un puesto de trabajo estable y con un salario digno, o en su defecto, un nivel de "protección social" (pensión de jubilación, subsidio de desempleo...) igualmente estable y digno.

2. Pero junto a este primer factor, nos aparece todo el entramado de las *relaciones sociales* como factor clave para ubicar a un colectivo en una zona social u otra. En una realidad tan compleja como la que hoy tenemos, el mundo relacional adquiere una importancia capital. Tener una red amplia y plural de relaciones sociales permite acceder a más información, pieza clave para moverse en la realidad, mientras

que si la red es más pequeña y monocolor, el acceso a la información es menor. De igual manera, cuanto más amplia sea la red de relaciones sociales, más posibilidades de protección familiar o comunitaria existen de cara a contrarrestar posibles carencias.

3. Por último, como tercer factor de ubicación, nos encontramos con un elemento más difícil de medir objetivamente, pero no por ello menos importante. Estamos hablando del nivel de *sentido vital*, entendiendo por tal el conjunto de las convicciones, de los valores y de las competencias de los individuos.

El acceso y la permanencia en el empleo dependen cada vez más de la capacidad de adaptación a la realidad cambiante del entorno productivo, y cada vez menos de unas habilidades muy específicas y consolidadas. De igual manera, respecto al mundo de los valores, el poseer una vida dotada de sentido aporta estabilidad emocional, autoestima, capacidades y competencias, etc.

1.3. Los espacios sociales

Siguiendo esos tres factores podemos proponer un cuadro delimitador de los espacios sociales.

	ZONA EXCLUSIÓN	ZONA VULNERABLE	ZONA INTEGRACIÓN
EJERCICIO DE DERECHOS	Exclusión laboral No ejercicio efectivo de derechos sociales	Trabajo precario Ejercicio inestable de los derechos sociales	Trabajo estable Ejercicio pleno de los derechos sociales
RELACIONES	Aislamiento social	Relaciones inestables y endogámicas	Relaciones sólidas y exogámicas
SENTIDO	Insignificancia vital	Convicciones frágiles	Sentido vital

Así, nuestro modelo social se configura como una sociedad que nos ofrece tres grandes espacios sociales: el de integración, el de exclusión, y uno tercero que se mueve entre los dos primeros. Estos espacios aparecen configurados por la iteración de los tres ejes reseñados anteriormente: el ejercicio de los derechos con el empleo y los medios económicos como medio sustantivo; la red de relaciones sociales; y el entramado del sentido y la fuerza de las convicciones.

La zona de exclusión estaría configurada por la ausencia de medios económicos, por la carencia de bienes materiales, en un contexto de aislamiento social, en el que todo el círculo se cierra en el mismo entorno, y con unos procesos muy débiles, casi insignificantes, de sentido, convicciones y dinamismo vital. Es una zona de exclusión social, porque el resultado de la combinación de los tres ejes nos aporta, no una posición en la parte inferior de la pirámide, sino una posición externa a la propia sociedad.

La zona de integración se articula en torno a un trabajo estable y unos ingresos garantizados, con una red sólida de relaciones interpersonales, y por un fuerte sentido vital y configuración cultural de los individuos.

Entre ambas se ubicaría *la zona de vulnerabilidad*, cuya característica unificadora es precisamente la inestabilidad de su situación, a caballo entre la integración y la exclusión, con una mayor probabilidad de desplazamiento definitivo hacia la segunda. Los tres ejes configuradores pasan por la precariedad en los ingresos, una débil red de relaciones, así como por una frágil construcción de las convicciones y aspiraciones.

Evidentemente, las fronteras entre los tres grupos no están claramente delimitadas, y en el intermedio se ubican siempre personas o colectivos que pueden responder a las características de ambos. Especialmente ambiguo es el espacio de la vulnerabilidad, tanto por la derecha como por la izquierda del gráfico, aunque en su parte central sí que existe toda una zona social de fácil identificación desde los parámetros propuestos por Castel.

1.4. La exclusión social: una realidad consistente y resistente

De lo dicho hasta ahora, podemos hacernos una idea aún demasiado estática de la realidad de la exclusión social.

Tenemos los elementos necesarios para clasificar y contar los elementos del sistema social, pero aún nos faltan aspectos que nos permitan hacer alguna aproximación a su etiología.

La exclusión social no surge con la crisis, ya estaba entre nosotros. La crisis económica aumenta y profundiza la exclusión social.

Por una parte, necesitamos realizar una comprensión relacional de los elementos que tenemos, y, por otra parte, es preciso hacer una lectura, siquiera apresurada, de los procesos

sociales que conforman la realidad.

Los que antes mencionábamos como factores de ubicación social (derechos, relaciones y sentido) no son tres elementos simplemente yuxtapuestos, ni su acción se puede entender solo desde su mera suma. Entre ellos se generan procesos de retroalimentación, de refuerzo mutuo. Es fácil comprender, a modo de ejemplo, cómo el aislamiento social mengua las oportunidades de acceso a ciertos derechos sociales, especialmente a la información que puede permitir encontrar un empleo, y la ausencia de este mina las convicciones y el sentido vital de las personas, alimentando el aislamiento.

Junto con estas interacciones reforzadoras de las demás, la exclusión se despliega en el marco de una sociedad que vive una serie de “procesos sociales”, de grandes tendencias al cambio o al refuerzo de elementos sustantivos de la convivencia, que están en el origen de la realidad de la exclusión. Veremos algunos de ellos, de acuerdo con las pautas establecidas en el segundo y tercer Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza (1986-1994), especialmente aquellos que tienen la doble vertiente de procesos socio-económicos configuradores de la estructura social, y de procesos de erosión de las condiciones de integración social y, por ello, de generación de sociedad excluyente o de generación de exclusión.

Por una parte hay procesos de normalización e integración de primer orden que se encuentran bloqueados o con unas grandes trabas para su real desarrollo. Podemos referir, en especial, los siguientes: la incorporación a la actividad económica y social por parte de sectores dependientes; el acceso al mercado de trabajo; la inestabilidad en la seguridad de ingresos y en la protección de riesgo; la distancia entre las exigencias de

incorporación al empleo, vivienda, etc. y las condiciones educativas, formativas, económicas, etc. de determinados sectores sociales.

Estos procesos provocan un efecto de vulnerabilidad en una buena parte de la población, pero esta situación deviene en otra de exclusión cuando también falla un segundo componente, que podemos denominar procesos sociales de enraizamiento, como, por ejemplo, los siguientes: la solidaridad que garantiza el bienestar al conjunto social por los cambios en el Estado del bienestar; las redes comunitarias en que los individuos se encuentran integrados, debido a los cambios en la sociedad civil producidos en la postmodernidad; los vínculos familiares, a consecuencia de los cambios en las estructuras familiares.

Todos estos elementos descritos forman parte de un conjunto estructurado en el que la combinación de las condiciones de las personas, las familias y los grupos, se conjugan con los factores de empobrecimiento, por lo que su situación queda construida, no sólo por las carencias y desigualdades en el acceso a los bienes para hacer frente a las necesidades básicas, sino por la combinación de las condiciones de las personas con los procesos de empobrecimiento que producen precarización, dualización y ruptura de vínculos y lazos solidarios. La combinación de estos elementos es lo que acaba dando *consistencia* y *resistencia* a las situaciones de exclusión.

Los indicadores de salud y exclusión social son dos de los indicadores que más han crecido en estos años.

2. La exclusión social en España

2.1. La cuestión de la medición

En el debate sociológico no hay aún el suficiente consenso sobre la mejor manera de medir la pobreza, y mucho menos un concepto tan complejo como la exclusión social. Los esfuerzos se están centrando en conseguir un indicador sintético al modo del que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha elaborado para medir el desarrollo humano (Índice de Desarrollo Humano), pero hoy no podemos decir que esto exista. No obstante, antes de exponer los datos, explicaremos dos de los métodos que suelen emplearse.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) emplea la metodología de Eurostat, que maneja tres indicadores que al combinarlos ponderadamente dan lo que denominan el índice de riesgo de exclusión:

- 1.- El riesgo de pobreza (60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo).
- 2.- La carencia material severa. Situaciones con carencia en al menos 4 conceptos de una lista de 9 en relación con las condiciones de la vivienda, la alimentación, las deudas, el ahorro, la posesión de bienes materiales como el coche, la televisión...
- 3.- La concentración familiar de situaciones de desempleo o de empleo de baja intensidad, es decir, hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron en menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia.

Hay otra metodología, que emplea la Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada), que es más compleja, pues maneja un total de 35

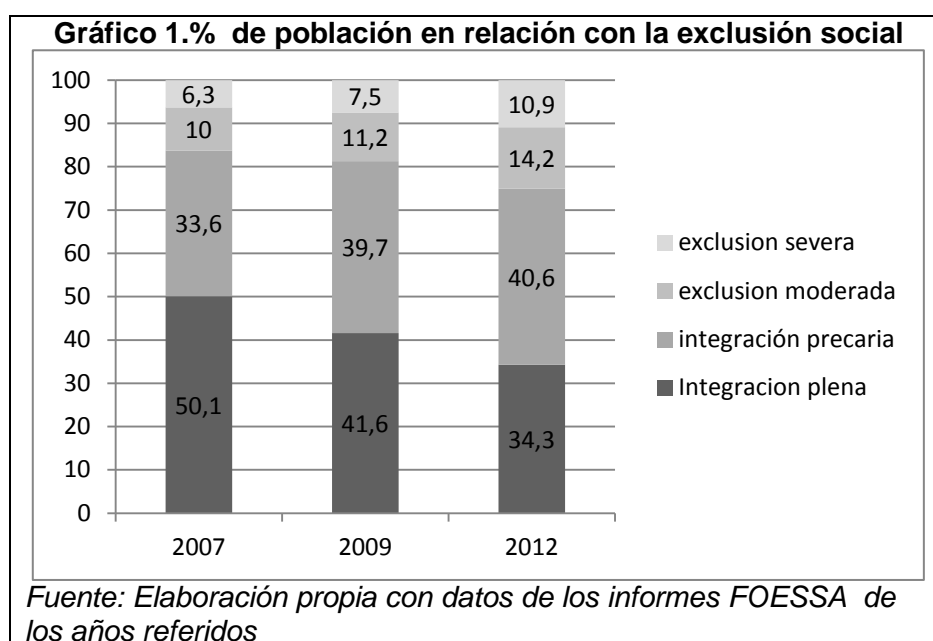
indicadores que igualmente combinados de manera ponderada, dan lugar a lo que definen como situación de exclusión social. Los indicadores hacen referencia a:

- 1.- Dimensión o eje económico: exclusión de la relación salarial normalizada y pobreza económica (60% de la renta mediana).
- 2.- Dimensión o eje político: acceso efectivo a los derechos políticos, abstencionismo/pasividad política y acceso limitado a los sistemas de protección social (sanidad, vivienda, educación y prestaciones sociales).
- 3.- Dimensión relacional: aislamiento social, falta de apoyos sociales y desarrollo de relaciones sociales “perversas”.

Desarrollar cada uno de los indicadores podría resultar una tarea tediosa que trasciende las pretensiones de este artículo. Para nuestro objetivo basta con la presentación de estos dos modelos, para concluir señalando que el modelo del INE mide sustancialmente magnitudes de tipo económico, es decir, datos de pobreza.

2.2. Las cifras de la exclusión en España

Para presentar la realidad de la exclusión social en España seguiremos los datos de los diferentes estudios de FOESSA, que dibujan un panorama más cercano al concepto que estamos manejando.



Las cifras son cuando menos preocupantes. Podemos observar que la suma de las situaciones de exclusión moderada y de exclusión severa da en 2012 un total de un 25,1% de la población española. Se observa también el crecimiento acelerado del fenómeno, entre la situación de 2007 (previa a la crisis) y el resultado último. El porcentaje de personas en esa situación se ha duplicado, pasando del 16,3% al citado cuarto de la población.

Durante los años de la bonanza económica la realidad de la exclusión social apenas si tuvo movimiento, y se consolidó una amplia franja de la población en una situación de integración precaria.

La exclusión ya estaba presente y con fuerza en nuestra sociedad, reflejo de que el fenómeno ya estaba instalado entre nosotros.

La crisis ha incrementado la fractura de la sociedad española, desestabilizando una buena parte de esas situaciones de integración precaria, y trasladándolas a la zona, no solo de pobreza, sino de exclusión. El último informe FOESSA (2012) así lo concluye: *“Las grietas de la cohesión social son ahora más anchas en España: la fractura social se ha ensanchado un 45% en este periodo”* (Comité técnico, 2013: 24), dejando a la población en situación de plena integración en una situación de clara minoría social.

3. La salud como factor de exclusión

3.1. Los indicadores de salud en la exclusión

Cuando este artículo salga a luz ya serán públicos todos los datos del informe FOESSA 2013. A fecha de hoy solamente disponemos de un avance con los más significativos y globales. No obstante, nos permiten destacar algunas ideas de interés en torno al factor salud en relación con la exclusión social.

Para empezar conviene enumerar cuáles son los indicadores que la encuesta maneja en relación con la salud.

1) Alguien sin cobertura sanitaria. 2) Han pasado hambre en los 10 últimos años con frecuencia o la están ahora. 3) Todos los adultos con minusvalía, enfermedad crónica o problemas graves de salud que les generan limitaciones para las actividades de la vida diaria. 4) Hogares con personas dependientes (que necesitan ayuda o cuidados de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria) y que no la reciben. 5) Hogares con enfermos que no han usado los servicios sanitarios en un año. 6) Hogares que han dejado de comprar medicinas, seguir tratamientos o dietas por problemas económicos.

Retomamos aquí el discurso del punto anterior, en el que afirmábamos que la crisis ha situado a muchas más personas dentro de la exclusión social, y no solamente por la incidencia de los factores económicos y ha profundizado la situación preexistente en muchas otras. Los datos disponibles en el factor salud quedan reflejados en el siguiente cuadro.

Tabla 1.- % de Población afectada por diferentes factores de exclusión en los años 2007, 2009 y 2013

	Población general					Población excluida					Población en exclusión severa				
	2007	2009	2013	2007-2013	2009-2013	2007	2009	2013	2007-2013	2009-2013	2007	2009	2013	2007-2013	2009-2013
Exclusión en el empleo	16,9	29,7	41,5	24,6	11,8	45,3	71	77,1	31,8	6,1	39,3	84,5	84,7	45,4	0,2
Exclusión en la vivienda	21,5	22,6	29,2	7,7	6,6	55,1	54,2	61,7	6,6	7,5	66,2	61,5	84,8	18,6	23,3
Exclusión en la salud	9,4	10,5	19,8	10,4	9,3	34,2	31,5	46	11,8	14,5	37	42,4	60,3	23,3	17,9

Fuente: Precariedad y cohesión social. Avance informe FOESSA 2013

Podemos ver cómo la evolución de la incidencia de alguno de los factores de salud ha tenido un crecimiento espectacular en estos seis años. En la población en general, es decir, teniendo en cuenta el conjunto de las personas, la incidencia ha crecido en un 10,4%. Si lo vemos desde la perspectiva del total de la población en exclusión, esta subida llega al 11,8%, y en la franja en situación de exclusión severa, el incremento es del 23,3%, quedando afectados por alguno de los indicadores arriba señalados el 60,3% de las personas en exclusión severa, casi duplicándose en el periodo.

En el momento de redactar este artículo no disponemos de los datos precisos que se publicarán a finales del mes de octubre, pero podemos avanzar que los dos indicadores que contribuyen con más fuerza a este aumento son el 2 y el 6, es decir, el haber pasado hambre o estar haciéndolo ahora, y el renunciar a tratamientos o dietas por falta de recursos económicos.

3.2. La reforma del sistema nacional de salud

En este contexto el Gobierno publicó en abril del 2012 un Real Decreto^[1] con el título de “Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”, posteriormente desarrollado por otro en agosto^[2], mediante el que “se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.” Estos dos decretos, junto con otros desarrollos parciales, componen el cuerpo legislativo de lo que denominamos la reforma del sistema nacional de salud.

Vamos a describir resumidamente las líneas de esta reforma viendo sus principales ejes, pues no solamente ha dejado sin tarjeta sanitaria a casi 750.000 personas, según fuentes del propio gobierno^[3], sino que anticipa un futuro preocupante si tenemos en

La reforma del SNS (Sistema Nacional de Salud) viene a agravar aun mas esta situación, alejándonos a todos de los estándares de derechos humanos.

cuenta las consecuencias que ya ha provocado.

Los ejes de la reforma son:

- 1º Dividir la cartera de servicios en tres categorías: básica, suplementaria y accesorio.
- 2º Incrementar la cantidad de prestaciones en las que el usuario ha de pagar (todo o parte), así como la cuantía de estos pagos.
- 3º Recuperar las figuras del asegurado y el beneficiario.

La primera y probablemente más sangrante consecuencia es que esta reforma deja fuera de la cobertura normalizada del sistema de salud a uno de los colectivos ya de por sí más excluidos en nuestra sociedad: aquellas personas que tienen una situación administrativa irregular.

Pero junto a esto, ya bastante grave, los tres ejes de la reforma apuntan hacia un cambio de modelo que va mucho más allá.

Una única cartera de servicios con excepciones tiende a que todo lo que está comprendido dentro de ella pueda llegar a ser financiado íntegramente, además de poder incluir las excepciones y nuevas necesidades. Una división de la cartera de servicios apunta hacia la renuncia a que deban estar financiadas íntegramente por el sistema las prestaciones comprendidas en el grupo dos (prestaciones denominadas suplementarias) y en el grupo tres (prestaciones que llama accesorias) y alarga, al menos en dos pasos, la incorporación de posibles nuevas prestaciones.

Cabría hacer una pequeña reflexión sobre los nombres elegidos. Algo suplementario es aquello que no es “estrictamente necesario,” que implica un suplemento. Y algo “accesorio” es aquello que no es necesario en absoluto, aunque mejora el original. Llamar suplementarios a los medicamentos, o accesorio a lo que mejora la calidad de vida de un enfermo crónico, denota cuando menos una intencionalidad dulcificadora.

El incrementar la cantidad y la intensidad de los pagos es la consecuencia lógica de lo anterior; si aquellas cosas que son suplementarias o accesorias no deben estar financiadas, es lógico que incrementemos su cantidad y su precio, quizá como primer paso hacia el pago completo.

Y, en tercer lugar, el recuperar las figuras del asegurado y el beneficiario apunta en la dirección de volver a un sistema constituido por cotizantes-asegurados, que relega a quien no lo es, bien a una sanidad de segunda categoría si no accede al sistema y no puede pagar, bien a la sanidad privada para las rentas más altas.

Pero la reforma no se queda en lo recogido en los decretos. Por la vía de los hechos, por medio de los desarrollos legislativos y organizativos autonómicos y por la vía de los presupuestos, las medidas recogidas se complementan con otros tres grandes procesos.

Probablemente el más conocido es el que se denomina “proceso de externalización de la gestión” o de “privatización”, que consiste, en esencia, en dejar la gestión de los servicios públicos de salud en manos de empresas privadas bajo

diversas fórmulas jurídicas, entre ellas, algunas que admiten abiertamente (y otras toleran) el ánimo de lucro.

Los sucesivos recortes presupuestarios, tanto del Estado (13,7% en 2012 y 16,2% en 2013) (Legido et al., 2013), como de las Comunidades Autónomas, están repercutiendo directamente en la calidad de los servicios que se ofrecen.

Es necesario llegar a un pacto social en torno a una nueva ley de sanidad que garantice la universalidad, la gratuidad y la titularidad pública.

Como último elemento se puede señalar la introducción de un modelo de gestión de los centros (Ponte, 2011: 86) consistente en la figura de un gerente, no en todos los casos profesional sanitario, que funciona como figura unipersonal sin dirección colegiada de ningún tipo. Esto convierte la gestión en algo mucho más susceptible de responder a controles externos no siempre orientados por el interés del servicio.

3.3. El recorrido de la aplicación

Cuando la reforma entró en vigor, desde Cáritas pusimos en marcha un sistema de información que nos permitiera evaluar el impacto de su puesta en marcha, al menos en lo que a las personas que nos llegan a nosotros se refiere. Los datos de este apartado solamente tienen un valor indicativo, por lo que en ningún caso pretenden ser representativos estadísticamente. No obstante, su parecido con los que otras entidades han ido publicando, nos aportan una visión de las tendencias (sin cuantificar) en este proceso.

En primer lugar constatamos cómo la entrada en vigor de la reforma ha supuesto un importante retroceso social para muchas personas que anteriormente tenían acceso al sistema de salud.

Del conjunto de los 113 casos analizados, 65 personas disponían anteriormente de su tarjeta sanitaria y del acceso a todos los servicios del sistema público de salud. En la práctica totalidad de estos, las personas han perdido su derecho a la tarjeta, quedando al albur de un convenio especial de aseguramiento privado, que resulta, entre otras consideraciones, inalcanzable económicamente para muchos de ellos.

La reforma sanitaria es algo que nos afecta todos, pero los primeros y más inmediatamente afectados han sido los inmigrantes en situación administrativa irregular, afectados en un 67% de los casos, seguido a distancia de los inmigrantes extracomunitarios en situación regular con un 11% y, muy de cerca, de personas con nacionalidad española, con el 10%. El grupo mayoritario se encuentra entre los 18 y los 35 años, con un 54% de los casos, seguido por el segmento adulto (de 36 a 65 años) en un 36%.

De entre los 113 casos recogidos, el 32 % de ellos han sido fruto de una interpretación mucho más restrictiva que la que la propia ley contempla. Podemos decir que en estos casos se ha ido más allá de las restricciones de la propia norma.

Podemos clasificar los casos en seis tipologías diferentes:

- 1ª.- No asignación del código que legalmente le corresponde en la Tarjeta sanitaria (19 casos).
- 2ª.- Denegación de atención a menores (8 casos).
- 3ª.- Denegación o facturación de una atención de urgencias (13 casos).
- 4ª.- Denegación de asistencia a crónicos diagnosticados antes del 8/2012 (en CCAA con esta excepción formalmente contemplada) (6 casos).
- 5ª.- Denegación o facturación de atención por una enfermedad infecto-contagiosa (3 casos).
- 6ª.- Denegación de atención a mujer embarazada (2 casos).

Nos consta que en la mayoría de estos casos, tras presentar la reclamación, el asunto se ha subsanado, no sin haber generado ya una cuota de sufrimiento y perjuicios graves en algunos casos. No obstante, seguimos constatando que, a pesar del tiempo transcurrido, las incidencias en este sentido se siguen produciendo.

A la luz de estos hechos, vemos cómo la reforma se ha planteado con mucha precipitación, sin tiempo para preparar los mecanismos para implementarla y con una deficiente información y transmisión de instrucciones a los agentes que habían de aplicarla sobre el terreno.

En el caso de que todo hubiera ido conforme a lo legislado, esta reforma estaría teniendo también consecuencias muy graves. Aún no ha habido tiempo para evaluar las que tendrá en el largo plazo, lo que significará para las personas de este país una vuelta a un sistema contributivo, la fragmentación de la cartera de servicios y el incremento de la cantidad a pagar por la prestación de determinados servicios. No obstante, de algunas de las consecuencias ya podemos dar cuenta. Se trata de casos en los que las personas han sufrido un grave perjuicio sanitario, y/o un grave perjuicio económico.

Los datos nos dicen que en el 32% de los casos recogidos las personas han sufrido un grave perjuicio en relación a su salud, entendiendo por tal algo medible y visible en el corto plazo, sea porque la atención sanitaria se ha realizado con retraso, sea porque la atención ha sido denegada. No estamos aquí teniendo en cuenta el perjuicio que, seguro, supondrá a medio y largo plazo la pérdida de acceso a la medicina preventiva, o a la atención primaria.

Caso Nº 24.

Mujer de entre 18 y 35 años. Extracomunitaria en situación irregular. Enferma crónica con problemas cardiacos diagnosticada antes de la entrada en vigor del Real Decreto. Acude a su centro de salud a revisión para la toma de Sintrom y le dicen que no tiene derecho a asistencia sanitaria y que tendría que pagar entre 70 y 90 € por la analítica. No se hace los análisis y el descontrol de su patología acaba provocándole una trombosis, terminando ingresada en la UCI (entre una semana y quince días, no se tiene certeza).

El segundo grupo de las consecuencias directas es el que tiene que ver con la economía de las personas afectadas. Se trata sustancialmente de dos tipos de afectación: una, la provocada por la emisión de facturas o compromisos de pago como condición o consecuencia de una atención; y otra, la que implica la compra de medicamentos, cuya financiación también ha sufrido serios recortes.

Entre los casos recogidos, han sufrido un grave perjuicio económico el 49% de los afectados. El 35% lo han sido porque se les ha facturado parcial o totalmente el importe de la atención, o se les ha condicionado la misma a la firma de un compromiso de pago. En algunos de esos casos se trata de la facturación de una atención de urgencia claramente ilegal. En otras, la firma del compromiso de pago se pone como condición para ser atendidos, provocando la renuncia a la atención. Y en otras coloca a la persona a una situación de “deudor” con una administración pública que, si bien no se conoce exactamente en qué consiste, podría tener implicaciones futuras muy graves.

Caso nº 3.

Mujer de entre 18 y 35 años. Extracomunitaria en situación irregular. Madre de 2 menores. Le dicen que la TAS (Tarjeta de Asistencia Sanitaria) que tiene ya no le vale, pero no le hacen otra y le piden que regularice a sus hijos. Le dicen que antes sí eran beneficiarios de ella, pero ahora no pueden serlo. Cobran vacunas por valor de 80 €

En los casos de pago de las medicinas es donde encontramos una presencia más importante de ciudadanos españoles (29%); el incremento en el porcentaje que han de pagar sobre el precio de las mismas es el elemento de la reforma que parece estar afectando más a la población con nacionalidad española. No obstante, continúan siendo los extracomunitarios en situación irregular el grupo al que mayoritariamente afecta esta situación, que se remonta a antes de la reforma, pues no tenían tampoco derecho al coste reducido de medicamentos.

Una de las paradojas que la regulación contempla es la igualación de todos los ciudadanos cuya renta esté comprendida entre 18.000 y 100.000 € a la hora de fijar el porcentaje de pago en los medicamentos (50%).

La reforma plantea algunas excepciones al pago, pero provoca que, por ejemplo, esté exento quien cobra una renta de inserción, pero no las cerca de 600.000 familias que no tienen ningún ingreso y que han de aportar el 40% del valor de los medicamentos. Parece que se ha articulado un sistema muy poco progresivo.

El *Observatorio de la Realidad Social de Cáritas, MIS (base de datos de Intervención Social)*, nos aporta complementariamente el siguiente cuadro.

Cuadro nº 2: Atenciones de ayuda económica para medicamentos/farmacia por trimestres

	Nº de personas	Nº de atenciones ayuda económica para medicamentos/ farmacia	Ratio atenciones/personas	Cuantía económica	Ratio personas/cuantía
4º Trimestre 2012	467	690	1,5	11767	25,2
1er Trimestre 2013	1263	2079	1,6	34806	27,6
2º trimestre 2013	1699	2874	1,7	53415	31,4
3er Trimestre 2013	1301	2296	1,8	40279	31,0
4º Trimestre 2013	1655	2794	1,7	50227	30,3

Fuente: Observatorio de la Realidad Social de Cáritas, MIS (base de datos de Intervención Social).2012-2013

De los datos anteriores llama la atención que coincidiendo con la entrada en vigor de la reforma sanitaria, el número de demandas de ayuda para la compra de medicamentos, así como la cantidad destinada a esas ayudas, se ha multiplicado por cuatro.

Caso nº 84.

Hombre de entre 18 y 35 años, nacionalidad española, trasplantado de hígado, tiene dificultades para la compra de los medicamentos y para acudir a las revisiones por problemas económicos.

3.4. Un proceso de calado que debe revertirse

Lo puesto en marcha no es un mero ajuste presupuestario (con lo importantes que estos puedan ser); se trata de una reforma de un hondo calado estructural. La reforma ha dado un paso a la reconversión del modelo sanitario, desde un *Sistema* Nacional de Salud hacia un *Seguro* Nacional de Salud, fruto de una hibridación o influencia en gran medida del modelo liberal.

De momento ya hay algunos grupos afectados por la exclusión: inmigrantes en situación administrativa irregular, algunos ciudadanos comunitarios y familiares de comunitarios, y en general todas las personas con una renta superior a los 100.000 €. Muchos otros quedan afectados por el incremento en el costo de los servicios suplementarios, accesorios y de la prestación farmacéutica, así como por los efectos de los recortes presupuestarios. Ya se ha dado un caso muy grave: el fallecimiento de una persona por una tuberculosis no atendida.

De cara a su evolución posible, la reforma abre la puerta a continuar el proceso de “salida” de personas con derecho a la prestación. Esta es la única explicación creíble a la vuelta de las figuras del asegurado y el beneficiario, máxime cuando conocemos que la situación final quedó así fruto del segundo decreto (1192/2012), pues el primero dejaba fuera a muchas más personas, por ejemplo, a cualquier joven que, al margen de su nacionalidad y con 26 años, no hubiera cotizado nunca.

No queremos tampoco dejar de comentar la exclusión de las personas con las rentas más altas. Una medida que en principio no parece haber despertado muchas

susceptibilidades, pero que mirada un poco más allá, puede llegar a tener consecuencias para todos. Esta exclusión hará imprescindible la contratación por su parte de seguros privados. Con bastante probabilidad el modelo de contratación de la sanidad privada, ahora reforzado, será imitado por las clases medias en la medida de sus posibilidades. Esa fuga de usuarios, además de repercutir en una previsible rebaja de la exigencia en los servicios públicos, que pueden quedar como servicios para “pobres”, reforzará las propuestas, que ya existen, reclamando una gran exención fiscal para los seguros médicos privados.

En otras palabras, la reforma, junto con el proceso de privatización y el recorte que venimos analizando, modifica de manera significativa los tres pilares definitorios de nuestro sistema de salud, a saber: la universalidad, la gratuidad y la titularidad pública. De mantenerse o profundizar en esta dirección, nuestro sistema de salud corre un serio riesgo, al menos de empeoramiento (OMS, 2009: 95). Es urgente que este proceso sea revertido y que avancemos en la dirección de una nueva ley general de sanidad hecha con el necesario consenso político y social que el tema merece.

Notas

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» núm. 98, de 24 de abril de 2012, páginas 31278 a 31312
2. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE» núm. 186, de 4 de agosto de 2012, páginas 55775 a 55786
3. En respuesta a una pregunta escrita del diputado Jon Iñarritu, fechada a 15/10/2013, el gobierno responde que han sido 748.835 personas.

Bibliografía

- Castel Robert. (1977). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós
- Comité Técnico de la Fundación FOESSA. (2013). La fractura social se ensancha. Avance de resultados de la Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales 2013. En Fundación FOESSA (edit) *Precariedad y cohesión social*. Madrid: Autor
- Comisión de las Comunidades Europeas. (1995). El desafío de la pobreza y la exclusión social. En *Informe final del programa pobreza 3 1989-1994*. Bruselas: Autor.
- Fuentes, Pedro (2014). Dime qué sanidad tienes y te diré qué sociedad quieres. En *Documentación Social*, 171, 81-100.
- Fuentes, Pedro. (2014). *Informe sobre el impacto de la reforma sanitaria*. Madrid: Caritas Española (inédito).
- Fundación FOESSA. (2008). La visión del desarrollo social en el siglo XXI. En *VI informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Caritas Española (edit.) Madrid: Autor.

- Laparra, Miguel y Pérez Eransus, Begoña. (Coord.). (2010) *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*. Madrid. Cáritas Española.
- Legido-Quigley, Helena; Urdaneta, E.; Gonzalez, A.; La Parra, D.; Muntaner, C.; Alvarez-Dardet, C.; Martin-Moreno, J.M. y McKee, M. (2013). Erosion of universal health coverage in Spain. *The Lancet*, 382, vol 9909.
- Muñoz del Bustillo, Rafael. (2008). La visión del desarrollo social en el siglo XXI. En *VI informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008*. Caritas Española (edit.) Madrid: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Buenos Aires: Autor.
- Ponte, Carlos. (2011). El gerencialismo sanitario: orquestas “sin director” o la pendiente deslizante de la Sanidad Pública. En Fundación 1º de Mayo (edit). *Otra gestión sanitaria es posible*. Madrid: Autor. Mujer de entre 18 y 35 años. Extracomunitaria en situación irregular. Enferma crónica con problemas cardiacos diagnosticada antes de la entrada en vigor del Real Decreto. Acude a su centro de salud a revisión para la toma de Sintrom y le dicen que no tiene derecho a asistencia sanitaria y que tendría que pagar entre 70 y 90 € por la analítica. No se hace los análisis y el descontrol de su patología acaba provocándole una trombosis, terminando ingresada en la UCI (entre una semana y quince días, no se tiene certeza).