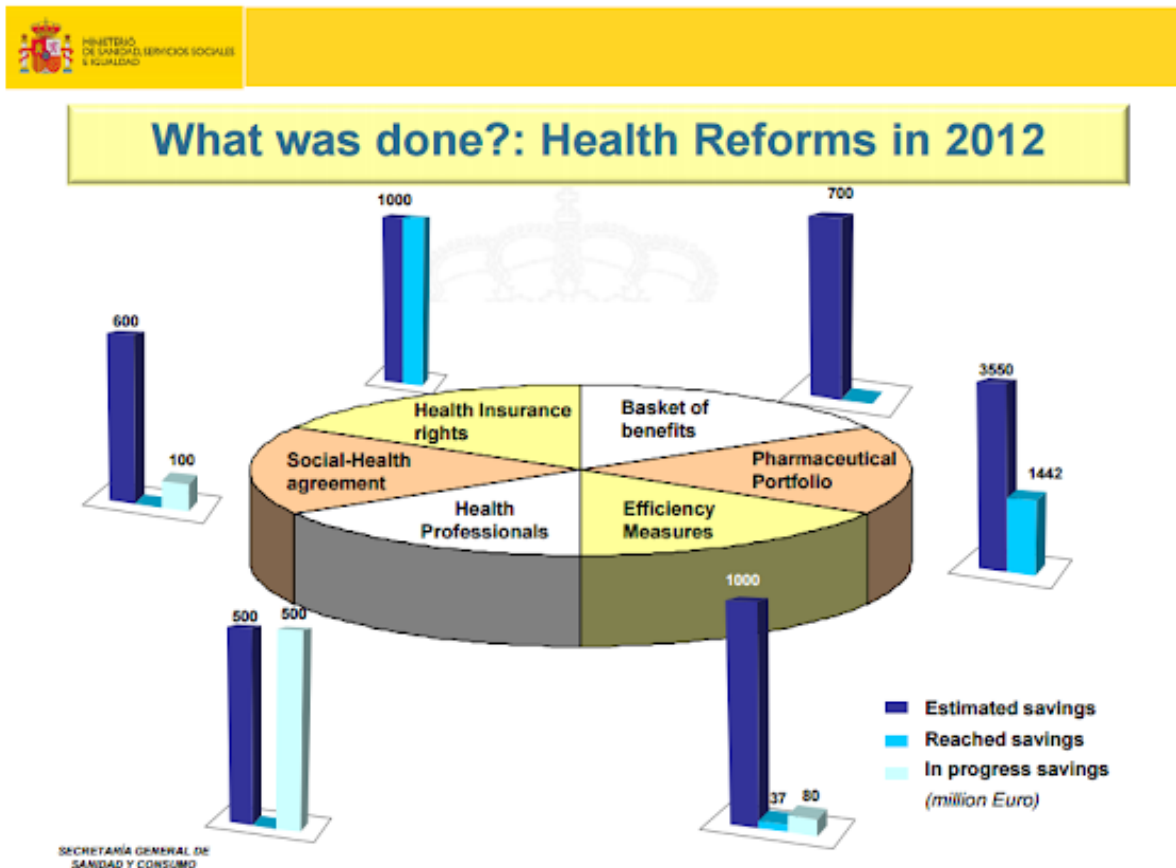




En agosto de 2012 publicamos un texto llamado "[Desfinanciando inmigrantes enfermos: efectividad y costes](#)"; eran los tiempos en los que el Real Decreto 16/2012 comenzaba su fase de implantación y se enarbolaban los argumentos del orden jurídico (aquellos de [preferir la injusticia al desorden](#), Goethe-style) y del ahorro económico para justificar el dejar a diversos grupos de población sin el derecho a la asistencia sanitaria.

Por aquel entonces, revisando la poca literatura disponible, no nos pareció que hubiera ningún dato que avalara la hipótesis de que excluir a un colectivo -inmigrantes indocumentados, por ejemplo- mientras que se mantenía el acceso a los servicios de urgencias, tuviera ningún efecto de ahorro para el sistema sanitario. De hecho, como comentamos en ese artículo las pocas experiencias similares nos hablaban de un incremento de los episodios de riesgo para la salud pública y de un aumento de los costes al derivarse patologías que habitualmente se tratarían en el lugar adecuado para sus características y nivel de gravedad\*.

El Gobierno de España, en un acto de desvergüenza verdaderamente sublime [se dedicó a pregonar por Europa](#) que los ahorros derivados de la expulsión de ciertos colectivos de la asistencia sanitaria habían reportado un ahorro de 1000 millones de euros de forma inmediata (así, 1000, justos). Esta diapositiva sacada de [una presentación de Pilar Farjas](#) dice todo acerca de la calidad técnica (aunque sobre todo de la calidad estética) de los cálculos del ministerio.



Ante un ahorro tan rápido y directo uno pensaría que el gobierno habría tenido interés en evaluar la política de expulsión de cierta población de la asistencia sanitaria, para valorar si se podía hacer extensible a más grupos de población que no se merecieran eso de la asistencia sanitaria, sin embargo una política de tal calado como la que comentamos no fue candidata a evaluación por parte del ministerio.

En Cataluña hubo un grupo de investigación que publicó un estudio de impacto económico de los aspectos relacionados con la cobertura en el RD 16/2012 concluyendo que el hipotético ahorro sería mínimo y los riesgos en temas de salud individual y colectiva muy importantes (no encuentro el enlace, cuando lo haga lo pongo).

Recientemente la revista PLoS ha publicado "Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013" ([enlace al texto completo](#)); este estudio compara el gasto por habitante de los solicitantes de asilo y los refugiados que tenían acceso al sistema sanitario sin restricciones ligadas a su condición jurídica frente a aquellos que sí que tenían dichas restricciones. Los resultados del estudio son bastante claros:

Per capita expenditures (1994-2013) were higher in the group with restricted access in absolute ( $\Delta IRt = 375.80$  Euros [375.77; 375.89]) and relative terms (IRR = 1.39)

Simplemente otro artículo más que viene a aportar más datos acerca de qué ocurre con el gasto sanitario cuando imponemos restricciones a la asistencia sanitaria a un colectivo determinado mientras dejamos vías de entrada al sistema sanitario que son más ineficientes que las vías convencionales... pero bueno, ya sabemos que estas decisiones, a pesar de las justificaciones de

cara al exterior, [están motivadas desde el ámbito de lo ideológico](#).

Ante ciertas argumentaciones diciendo que "¿Cómo va a ser menos costoso atender a alguien que no hacerlo?" es necesario dejar claro los siguientes tres puntos:

1. Eso es una falacia del falso dilema, porque la alternativa al derecho completo de asistencia no es la negación completa de la misma, sino que se suele ofertar una vía de escape que es la que hace que amplifica las ineficiencias de estas políticas.
2. Lo de dejar una vía de escape (urgencias, atención pediátrica, etc) no es defecto de la política de aseguramiento del RD 16/2012; algunxs argumentan que es el "mínimo indispensable establecido por la OMS", pero ya comentamos por [aquí que eso era una mentira interesada](#); en realidad se trata de un acercamiento bastante obsoleto a las exigencias internacionales en materia de universalización parcial de la cobertura sanitaria.
3. Siempre hemos defendido [la necesidad de no dejar la economía de lado en el diseño de las políticas](#) en materia de salud, pero el centro del debate en torno a la cobertura sanitaria no creemos que deba estar en los cálculos contables, especialmente cuando queda muy claro que no estamos hablando de ningún tipo de amenaza para [la sostenibilidad del sistema](#) ni nada similar.

\* Porque lo eficiente [no es tratarlo todo en Atención Primaria](#), como parecen creer quienes se acercan por primera vez y de oídas a la organización de los sistemas de salud; lo eficiente es que la prestación de servicios se lleve a cabo en el lugar más adecuado para ello en términos de efectividad, seguridad, coste y con la mayor cercanía posible al entorno del paciente...

Etiquetas:

[sanidad universal](#), [inmigrantes indocumentados](#), [refugiados](#), [salud pública](#), [política sanitaria](#), [economía de la salud](#)