

¿Cobertura sanitaria universal? o ¿cobertura universal de salud?

Autora: Amelia Amézcuca Sánchez

Categoría profesional y lugar de trabajo:

Enfermera. Antropóloga. Máster Universitario en Problemas Sociales. Investigadora en Formación del Programa de Doctorado de Análisis de Problemas Sociales UNED. Directora Ejecutiva de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, FUDEN.

Antes de la pandemia, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre la Extrema pobreza y los Derechos humanos visitó España y, en su informe publicado en abril del 2020 (1), exponía, entre otras cuestiones, la siguiente situación de nuestro país:

- **Educación:** aunque la educación es gratuita hay que asumir gastos de transporte, comida, libros de texto y otros materiales:

"... el 32% de las familias tienen dificultades para pagar los gastos de educación (...). En 2018 España fue el país de la Unión Europea con la mayor tasa de abandono escolar temprano (17,9%)".

- **Sanidad:**

"alrededor del 5% de las personas de hogares pobres que necesitaban asistencia médica, el 25% de las que necesitan atención dental y el 3% de las que necesitaban servicios de salud mental no podían ser atendidas por razones económicas. Casi el 7% no podían acceder a medicamentos de venta con receta (...) casi el 10% de las personas en riesgo de pobreza no participan en prácticas de salud preventivas y el aumento de la precariedad laboral impide a muchas personas ausentarse un día del trabajo por enfermedad".

"En 2018 España derogó en gran medida el RD-Ley 16/2012 que limitaba la cobertura universal en particular a la población migrante. Sin embargo, el sistema actual excluye a determinadas personas migrantes durante sus 90 primeros días en España, y la Red de Denuncia y Resistencia al RDL núm. 16/2012 ha documentado 4.755 casos de exclusión de la sanidad pública desde 2014".

- **Vivienda:**

"el 24% de la población estaba afectada por la exclusión materia de vivienda en 2018 y 4,6 mi-

llones de personas habitan una vivienda inadecuada (...) Otros dos millones de personas están en riesgo de quedarse sin hogar (...) Mucha gente tiene que elegir entre calentar la casa y alimentar a sus hijas e hijos".

- **Mujeres:**

"el trabajo asistencial no remunerado pasa factura en la renta de las mujeres: el 47% de las que trabajan a tiempo parcial lo hacen para poder cuidar de sus hijas o hijos, en comparación con el 7% de los hombres. El 23% de las mujeres con hijas e hijos están desempleadas, 10 puntos porcentuales más que los hombres en la misma situación. La violencia de género también es una causa de pobreza"

- **Niñas, niños y jóvenes:**

"el 29,5 % de las niñas y niños estaban en riesgo de pobreza o exclusión social en 2018, y el 6,5 % sufría de carencia material severa".

¿Habrían adivinado que les estoy hablando de España si solo les hubiera expuesto los datos sin advertirles previamente de dónde eran? ¿Sorprendidos de vivir inmersos en esta realidad?

En general, no somos conscientes ni de la situación de derechos vulnerados que existe en nuestro país -de hecho, el Relator Especial dice en ese mismo informe que muchos españoles no reconocerían esas realidades en su territorio- ni de que esos colectivos vulnerables cada vez son un grupo de personas más numerosos. Con la pandemia estas cuestiones se han agravado aún más, como pueden imaginar. No olvidemos que estos datos son previos a la llegada a nuestras vidas del coronavirus, de la enfermedad y de las muertes, del confinamiento, de los ERTES, del cierre de centros educativos, y de

centros de día, de meses de sobrecarga de cuidados de las mujeres y más de un año de sobrecarga del sistema de salud. El derecho a la educación, a la salud, a una vida libre de violencia, a la alimentación y a la vivienda han sido, y siguen siendo, vulnerados en España. En nuestro país no son derechos universales y existen colectivos cada vez más numerosos a los que se les dificulta el acceso a estos derechos elementales.

Derechos que, además, forman parte de los llamados determinantes sociales de la salud: la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación y el medio ambiente, junto con el acceso a la asistencia sanitaria, determinan la salud de las personas. El editor de la Revista *The Lancet* en septiembre (2) apuntaba esta interacción de las variables sociales junto al comportamiento del virus para hablar de *sindemia* y no de *pandemia* con el coronavirus. Y exponía claramente que, si queremos salir de esta crisis, es necesario abordar, a través de políticas y de estrategias, los determinantes sociales de la salud de todas las personas, sin dejar a nadie atrás ante estas brechas y desigualdad existentes. Horton (2) dice que *"a no ser que los gobiernos destinen inversiones a la lucha contra la desigualdad, nuestras sociedades nunca estarán protegidas contra el covid-19 al cien por cien"*. Y de nuevo quiero interrogar al lector ¿están nuestras políticas y estrategias de salud actuales orientadas hacia la lucha contra la desigualdad? ¿están dirigidas a incidir en los determinantes sociales de la salud y a las condiciones de vida de todas las personas, que son las que determinan su calidad de vida? ¿No creen que, si fuera así, los cuidados tendrían un papel protagonista, la atención primaria estaría en el foco principal de inversión y las enfermeras tendríamos un papel central?

Está demostrado que las consecuencias y la afectación del coronavirus tiene un gradiente social importante. La *sindemia* (que no *pandemia*) exige una respuesta integral. Ampliar el enfoque de lo sanitario, de lo biológico y lo clínico a lo social para afrontar la recuperación de todas las crisis desatadas: la sanitaria, la social y también la económica. Según el informe "Virus de la desigualdad: cómo recomponer un mundo devastado por el coronavirus a través de una economía equitativa, justa y sostenible" (3) de Oxfam, *"El Banco Mundial ha calculado que, si los países adoptan las medidas urgentes para reducir la desigualdad, la pobreza volvería a los niveles previos a la crisis del coronavirus en tres años, en lugar de dentro de una década"*. Esto significa que en el caso español, en tres años, en diez o a saber cuándo podemos volver a la situación descrita por el Relator Especial con la que empezaba este artículo.

Las consecuencias de este impacto tan profundo pueden perdurar décadas ¿somos realmente conscientes de esto? ¿de una generación perdida en la década de 2020? La respuesta de los gobiernos y de la sociedad es un capítulo aún por escribir y las enfermeras estamos llamadas a participar en este momento histórico donde puede darse, por fin, un cambio de paradigma en las políticas hacia los cuidados y los derechos sociales. **Pasar de una cobertura sanitaria universal a una cobertura universal de salud, donde los servicios sanitarios también extiendan su cobertura a los determinantes sociales de la salud y a las demandas de cuidados es urgente.** Solo si tomamos conciencia de esta realidad, tanto enfermeras como sociedad, es posible el cambio. Solo hay que mirar lo que ha ocurrido en las residencias de ancianos y valorar que en futuras pandemias o crisis, ante la debilidad del sistema social y de salud, puede afectar con esa intensidad a los que han quedado ahora más expuestos y frágiles: niños, niñas, adolescentes, mujeres, discapacitados, migrantes, personas con enfermedades crónicas, con trastornos de salud mental... No podemos permitir que esto ocurra. Nosotras debemos generar conocimiento y ser un laboratorio de ideas realistas y sensatas para que la repercusión del virus sea menos dura y, sobre todo menos duradera. Y que los efectos directos e indirectos de la pandemia, si bien afectan a nuestro presente, no destruyan nuestro futuro y lo comprometan irreversiblemente. Tomemos conciencia de esta situación de especial vulnerabilidad nunca vivida en todo el mundo. Alcemos la voz y ocupemos nuestras posiciones denunciando lo que ocurre cada día a nuestros pacientes, a las personas que cuidamos y a nosotras mismas.

Porque las enfermeras somos también un colectivo vulnerable y han vulnerado muchos de nuestros derechos: expuestas a riesgos biológicos y a estrés emocional sin descanso, en jornadas interminables ante la insuficiente dotación de los equipos humanos y materiales. Tampoco queremos ni debemos permitir que esto siga ocurriendo.

Avanzar hacia la cobertura universal de salud es una opción política. Movilizarnos para acompañar a la sociedad hacia un futuro más justo, equitativo y saludable es una opción personal pero, en el momento actual, para las enfermeras también es un imperativo profesional si queremos escribir la historia en primera persona y desde la perspectiva del cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Visita a España. Informe del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de Naciones Unidas. 44º período de sesiones. Tema 3 de la agenda Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. 15 de junio a 3 de julio de 2020 [acceso 28 de julio del 2021]. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/44/40/Add.2>
2. Horton R. Covid 19 is not a pandemic. The Lancet. 2020; 396 (26): 874. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>
3. Oxfam Internacional. Virus de la desigualdad: cómo recomponer un mundo devastado por el coronavirus a través de una economía equitativa, justa y sostenible [Monografía en internet]. Oxfam Internacional; Enero 2021 [acceso 28 de julio del 2021]. Disponible en: https://oi-files-cng-prod.s3.amazonaws.com/lac.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/Informe-Virus-Desigualdad-Oxfam-Davos2021.pdf