

## Posicionamiento de Sistema Nacional de Salud

XCIV JEEM, Universidade de Santiago de Compostela, Marzo 2023

*Secretaría General*



@ceem\_medicina



CEEM



contacto@ceem.org.es

La Asamblea General del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, máximo órgano de representación de todas las estudiantes de Medicina de España, en la sesión celebrada del 15 al 18 de marzo de 2023 en las XCIV Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina celebradas en la Facultad de Medicina de la Universidade de Santiago de Compostela, adoptó el acuerdo de aprobar el siguiente posicionamiento con vigencia indefinida, sobre el Sistema Nacional de Salud.

En el contexto económico actual, la sanidad es uno de los sectores más afectados por la privatización de los recursos aun habiéndolo incrementado su partida en los Presupuestos Generales del Estado en este último 2023. Así, conociendo la realidad del Sistema Nacional de Salud de nuestro país y sabiendo que este constituye uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar, desde el CEEM consideramos importante trasladar la opinión del estudiantado de Medicina al respecto por medio de este Posicionamiento. (1)

Asimismo, la docencia en medicina se ve gravemente afectada por los recortes y otras medidas que amenazan al Sistema Nacional de Salud, viéndose mermada la formación de futuras profesionales sanitarias. (2)

Teniendo en cuenta dicha realidad, el estudiantado de Medicina se posiciona:

### **Sobre la planificación y gestión de recursos del Sistema Nacional de Salud**

Con respecto a ambos conceptos, desde el CEEM defendemos:

- Que la **formación** actual que recibimos en economía de la salud y gestión sanitaria **es insuficiente**, habiendo un alto porcentaje de estudiantes que desconocen la enseñanza de dichas temáticas. Por ello, reclamamos la inclusión de una materia al respecto en el currículum del grado en todas las facultades.
- La necesidad de **concienciación de la población** por parte de las instituciones políticas y sanitarias sobre el coste de nuestro sistema de salud para que hagan un uso responsable y consecuente del mismo.
- Que esta gestión de recursos debe ajustarse a criterios de **sostenibilidad y conciencia medioambiental**. El sector de la salud es responsable de más de un 4% de la huella de carbono global —es decir, equivalente al quinto país más contaminante del mundo— y genera un número cada vez mayor de residuos (3,4). Los avances en materia de seguridad y de inocuidad sanitaria deben enmarcarse dentro de un modelo de desarrollo sostenible, pues la Sanidad no solo debe atender a quienes sufren las consecuencias del cambio climático; también debe ser consciente de su contribución a él y convertirse en agente activo en su prevención.
- **Acabar con la politización de la sanidad**. La gestión sanitaria debe estar en manos de técnicas y profesionales sanitarias, así como de economistas y gestoras con conocimientos en materia de sanidad, escogidas por concurrencia a una



convocatoria pública con criterios preestablecidos. (5)

- Que todas las entidades que participan en la gestión del Sistema Nacional de Salud deben mantener un ejercicio responsable en la misma, y coordinar las distintas iniciativas que se propongan para la mejora de la situación actual. Creemos que las **Administraciones**, junto con las **profesionales sanitarias**, han de ser el **eje central de esta coordinación**, sin olvidar la **participación de las Universidades**, ya que forman parte de la formación de futuras profesionales y es necesaria para una buena transición a la formación especializada. (5,6)

### Sobre la cobertura y universalidad del Sistema Nacional de Salud

Según la definición de cobertura sanitaria universal, este se constituye como el **acceso equitativo y sin barreras financieras** a servicios de salud esenciales y de calidad para **toda la población**. En España, esto se traduciría en un sistema de salud público y universal, financiado con fondos públicos y que cubriera a toda la población, independientemente de su situación económica, administrativa o laboral. El concepto abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida. (7)

No obstante, el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* supedita la asistencia pública para personas extranjeras a acreditar una residencia habitual en España y a demostrar no ser sujeto de otras coberturas (8). La ambigüedad de estas definiciones ha dado pie a una **interpretación muy diversa por parte de las Comunidades Autónomas**, lo que resulta en **desigualdades de acceso** entre los diferentes territorios y en el establecimiento de criterios altamente restrictivos en algunos de ellos (9).

Por otra parte, la Ley General de Sanidad dictamina que el SNS se financia principalmente a través de cotizaciones sociales, pero garantiza la cobertura con cargo a fondos públicos a quienes se encuentren en dificultades económicas (10). Sin embargo, 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* estableció una **vinculación directa entre el derecho a la asistencia sanitaria y la contribución a la Seguridad Social**. Desde el CEEM **nos oponemos** a este cambio, pues supone una situación **discriminatoria** para un sector muy importante de la población, y ni la misma norma que lo establecía se amparaba en una argumentación socioeconómica sólida que justificara la implementación de esta y no otras medidas. (11)

Desde el CEEM defendemos:

- Que toda persona tiene derecho a la asistencia sanitaria y a una **sanidad universal, pública, justa, solidaria y equitativa**.
- Que **las personas extranjeras tienen el mismo derecho** de acceso a la atención



sanitaria, **independientemente de su situación administrativa**, y que la ciudadanía española tiene derecho a esa asistencia aunque se encuentre temporalmente fuera del país. Debe garantizarse la igualdad de derechos sociales para toda la población.

- Que el coste del **turismo médico** no debería ser asumido por el Estado y tendría que ser facturado para su pago.

### Sobre la cartera de servicios

La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias; conformándose así por prestaciones comunes básicas, suplementarias y de servicios accesorios.

Acorde al *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* es necesaria una categorización de la cartera de servicios (11). Así, se favorecerá una mejor gestión de la realidad asistencial en nuestro país (en el que el entramado jurídico-administrativo disminuye la eficiencia en su aplicación), reconduciendo así hacia la homogeneidad entre los servicios de salud y abogando por informar y transparentar a la población para que esta conozca con exactitud el alcance de la cobertura de sus derechos.

Por ello, desde el CEEM reivindicamos:

- Que exista una **homogeneización** de las prestaciones y el acceso a los servicios en las distintas Comunidades Autónomas mediante la toma coordinada de decisiones.
- Que se cree una **tarjeta sanitaria única**, garantizando así que toda persona pueda ser atendida de forma igualitaria en todas las Comunidades Autónomas.
- Que entre los servicios básicos deberían **incluirse** los servicios de Odontología, Psicología, Óptica y Optometría, Audioprótesis, Logopedia, Fisioterapia (más allá de los procesos de rehabilitación), Dietista-Nutricionista, Reproducción Asistida y Podología.

### Sobre el copago

El copago sanitario se refiere a una forma de financiamiento en la que las pacientes contribuyen con una parte del costo de los servicios de salud que reciben, en lugar de que el total sea asumido por el sistema o el seguro médico (12). Numerosos estudios señalan que su aplicación resulta efectiva para **reducir** tanto el consumo de medicamentos como, en menor medida, la frecuencia de consultas médicas, y con ello, **el gasto sanitario**. No



obstante, el impacto sobre los diferentes grupos poblacionales **no es equitativo**: las personas que perciben rentas más bajas y aquellas que sufren procesos crónicos o de alto riesgo sí ven perjudicada su salud, puesto que disminuye también la utilización de los servicios que sus patologías requieren (13). Además, la **costo-eficiencia** de este modelo **incierto**, especialmente a largo plazo, puesto que la disuasión ocasionada es más sensible a las prestaciones preventivas y de Atención Primaria que a las agudas y emergentes (13,14). Así mismo, supone trasladar toda la responsabilidad sobre la hiperfrecuentación y la polimedición sobre las pacientes y culpabilizarlas por su estado salud (15).

Desde el CEEM:

- Nos **oponemos** a la aplicación del **copago asistencial**, así como en la de ciertos servicios como la prestación ortoprotésica, productos dietéticos y el traslado no urgente siempre que estos estén justificados como una necesidad médica.
- **Apoyamos** el uso de **copago farmacéutico** como herramienta para garantizar un uso sostenible de los productos farmacéuticos. No obstante, este copago no debería aplicarse a los tratamientos crónicos o graves, además de aquellos pacientes con bajo nivel socioeconómico, con la finalidad de garantizar el acceso justo e igualitario a los medicamentos.

### Sobre la privatización de los servicios sanitarios

Desde su definición en 1986, nuestro Sistema Nacional de Salud se estructura siguiendo un **modelo mixto**, por el cual el grueso de la atención es prestada desde el sector público, existiendo el derecho de la Administración a concertar convenios para derivar al sector privado ciertos servicios. (10)

La crisis económica del 2008 supuso una agudización de un proceso, la **liberalización progresiva** de todos los sectores de la vida pública, que venía instaurándose globalmente desde finales del siglo pasado, y que se ha mantenido relativamente constante a pesar del signo político gobernante (16,17). Sectores que tradicionalmente han sido sujetos de una gestión totalmente pública, como la educación o la sanidad, también han vivido esta transformación, justificándose en la necesidad de **atraer nueva financiación** sin aumentar la deuda estatal y de **mejorar la eficiencia** del sistema para garantizar su sostenibilidad. (18)

La literatura científica que pretende estudiar los **resultados** de estas medidas **en términos económicos y sanitarios** reconoce que es necesario un mayor y más amplio estudio (19), pero parece deducirse que la externalización de ciertas prestaciones, si se mantiene como un complemento a un sistema mayoritariamente público y se establecen unas condiciones claras y rigurosas para las instituciones privadas, pueden resultar efectivas (16). Sin embargo, esto ha de ser compatible con la cobertura sanitaria universal, por lo que no ha de perderse el foco en los colectivos más desfavorecidos y las clases sociales con menos



recursos, garantizando en todo momento su acceso al circuito sanitario sin pasar penurias económicas.

Por ello, desde el CEEM apoyamos que el SNS debería seguir un **modelo mixto de predominio público**, en el que exista la posibilidad de externalizar al sector privado ciertos servicios en caso de saturación.

### **Sobre la evaluación y publicación de resultados en Salud**

La evaluación de la calidad asistencial en salud es un proceso continuo y sistemático para medir la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios de atención médica. Es importante que se involucren tanto a las pacientes, como a las profesionales de la salud, administradores y otras integrantes del equipo de atención médica. De esta manera, se pueden identificar áreas de mejora y aplicar cambios efectivos para mejorar la calidad de la atención médica y, en última instancia, la salud de los pacientes. (20)

Conociendo que la **profesión médica** y su calidad se sustenta sobre **tres pilares** fundamentales: **asistencia, docencia e investigación**; desde el CEEM, reivindicamos que **se implementen sistemas de evaluación** de la actividad de las profesionales, servicios y hospitales, con el objetivo de fomentar la crítica y la de la calidad de los mismos. El único objetivo de dichas evaluaciones de calidad debe ser la mejora del Sistema Nacional de Salud y la actividad de las facultativas con respecto a las esferas previamente comentadas, regulándolo de tal manera que **se evite el uso de estos sistemas de evaluación como herramienta de presión**.

Además, valoramos la necesidad de que estos resultados sean públicos, y tengan la mayor relevancia posible, con el fin de fomentar la creación de actitudes críticas que permitan la mejora de la asistencia sanitaria.

### **Sobre la creación de una institución sobre la inversión en tratamientos**

Tras la polémica que surgió con el tratamiento para la Hepatitis C, quedó patente la necesidad de crear una institución sanitaria **objetiva y sin ningún tipo de conflicto de interés** que evalúe la introducción de nuevos tratamientos, la población diana donde implementarlos, el análisis del coste-beneficio de la inversión y el uso del medicamento por parte del SNS. Creemos que la formación de comités de expertos de manera puntual, según las circunstancias, y sin criterios públicos y consensuados, favorece una toma de decisiones ineficiente y puede provocar una imagen de falta de solidez en el SNS.



## Referencias

### Preámbulo

1. Ley 31/2022, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2023. *Boletín Oficial del Estado*, 308, de 24 de diciembre de 2022. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-22128>
2. Daza, L., & Elias, M. (2013). ¿Qué quedó de la implementación del Espacio Europeo de Educación Superior? Efectos de la crisis en la universidad y panorama actual. *Témpora*, 15, 71-91.

### Sobre la planificación y gestión de recursos

3. Salud Sin Daño. (2019). *Huella climática del sector de la salud. Cómo contribuye el sector de la salud a la crisis climática global: oportunidades para la acción*. <https://accionclimaticausalud.org/sites/default/files/2021-06/huellaclimatica.pdf>
4. Ministerio para la transición ecológica y el reto demográfico. (s. f.). *Residuos Sanitarios: ¿Por qué se deben gestionar adecuadamente?* <https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/prevencion-y-gestion-residuos/flujos/residuos-sanitarios/por-que-se-deben-gestionar-adecuadamente.aspx>
5. Repullo, J.R., & Freire, J.M. (2016). Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 3-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.016>
6. Repullo, J.R., & Freire, J.M. (2008). Gobernabilidad del sistema nacional de salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 118-125. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76083-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76083-7)

### Sobre la cobertura sanitaria universal

7. Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2022). *Cobertura sanitaria universal*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(u-hc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(u-hc))
8. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 183, de 30 de julio de 2018. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7/con>
9. REDER: Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012. (2018). *No dejar a nadie atrás: La urgencia de garantizar una sanidad universal*.



CEEM  
Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina

10. Real Decreto 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/L/1986/04/25/14>

11. 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. *Boletín Oficial del Estado*, 98, de 24 de abril de 2012, 31278-31312. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16>

### Sobre el copago

12. Solanas, P., Marzo M., Ceresuela, E., Coll, T., Gené, J., Magallón, R., Morera, R., & Sueiro, J. (2011). COPAGO, Conclusiones desde la evidencia científica. *Cadernos de Atención Primaria*, 18, 241-248. [https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18\\_3\\_colaboracion.pdf](https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_3_colaboracion.pdf)

13. Mas, N., Cirera, L., & Viñolas, G. (2011). Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español. *IESE Business School*. [https://www.compromisorse.com/upload/estudios/000/187/Informe%20copago%20actualizado\\_tcm4-77853.pdf](https://www.compromisorse.com/upload/estudios/000/187/Informe%20copago%20actualizado_tcm4-77853.pdf)

14. Tambor, M., Pavlova, M., Woch, P., & Groot, W. (2011). Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries. *European Journal of Public Health*, 21(5), 585-590. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq139>

15. Benach, J., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2012). El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 80-82. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000100015&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000100015&lng=es&tlng=es)

### Sobre la privatización de los servicios sanitarios

16. Gideon, J., & Unterhalter, E. (2017). Exploring public private partnerships in health and education: a critique. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 33(2), 136-141. <https://doi.org/10.1080/21699763.2017.1330699>

17. Alcaraz, V., Lara, A., & Molina, J. (2022). Public-Private Partnerships: Left or Right Government Economic Policy? *Public Organization Review*. <https://doi.org/10.1007/s11115-022-00689-8>

18. Cappellaro, G., & Longo, F. (2011). Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy. *BMC Health Services Research* 11(82). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-82>

19. Vrangbaek, K. (2008). Public-Private Partnerships in the health sector: the Danish



experience. *Health Economics, Policy and Law*, 3(2), 141-163.  
<https://doi.org/10.1017/S1744133108004465>

### **Sobre la evaluación y publicación de resultados en Salud**

20. García, F., Alfaro, A., & Moreno, J.L. (2009). Evaluación de Resultados de Salud: Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 286-293.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100007&lng=es&tlng=es)

