

Acceso universal y gratuito al medicamento: una perspectiva desde el Trabajo Social Sanitario

Dimas David López Esparrell

Trabajador Social

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos

Resumen

La situación que actualmente está viviendo España, caracterizada por una crisis económica, está haciendo que muchas personas se vean en una situación de exclusión y vulnerabilidad social. Es en estos momentos es cuando debemos defender más que nunca lo público y la protección universal del sistema de bienestar social. Este artículo intenta reflexionar sobre la necesidad de llevar a cabo una serie de reformas para solventar esta situación de vulnerabilidad social que nuestra población está sufriendo, como es, por ejemplo, la eliminación del copago en los medicamentos. También pone el ejemplo de un estado unitario, Reino Unido, donde esta medida lleva años desarrollándose con exitosos resultados como es el acceso de toda la población a la recuperación de su salud a través de medicamentos gratuitos.

Palabras Claves

Medicamentos, Vulnerabilidad Social, Salud, Equidad, Universalidad, Gratuidad.

I. INTRODUCCIÓN

Son tres los derechos fundamentales que todo ser humano debe tener garantizados en esta vida: la educación, la justicia y la SANIDAD. En este artículo nos vamos a centrar en este último y en cómo se está viendo mermada.

La salud es un término que guarda una estrecha relación con el bienestar social. Por tanto, no debemos de caer en el error de contemplarla desde una concepción biomédica, es decir, dando importancia a lo biológico y omitiendo lo social y cultural¹, sino que debe ser entendida tal y como la definió Stampor (1945) y que, seguidamente, aceptó la Organización Mundial de la Salud en 1946: “como el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o *achaque*”². Es ahora cuando se comienza a dotar a lo social de una importancia dentro de la salud y no únicamente a nivel asistencial, sino también preventivo y educativo³.

En la actualidad podemos comprobar que esta concepción se sigue manteniendo y el término social, en su sentido más amplio, está impreso en muchas estructuras organizativas, protocolos de actuación, legislaciones... del mundo de la salud. El sistema sanitario español se ha dejado contagiar de este principio *de lo social dentro de la salud*. Disponemos de un sistema de protección de la salud universal y encaminado hacia la igualdad social⁴. Esto ha permitido que una gran cantidad de personas hayan recuperado su buen estado de salud cuando ésta se ha visto deteriorada. Además, nos ha posibilitado ofrecer una buena educación para la salud que nos ayudará a prevenir futuros daños en ella, contextualizado esto en un sistema sanitario español catalogado entre los mejores del mundo⁵.

Este puesto alcanzado en el ránking de la OMS es muy positivo. Supone un reconocimiento al trabajo realizado día a día por los profesionales que componen dicho sistema. Sin embargo, siempre habrá aspectos en los que podamos incorporar mejoras.

Este artículo intentará exponer y defender una mejora que pueda suponer un cambio dentro del sistema y que logrará unos beneficios para algunos usuarios/as que no alcanzaban una recuperación de la salud a causa de la estructura del propio sistema sanitario y, por consiguiente, volvían a acudir a él, aunque no le diera respuesta específica a su problema. Posiblemente puedan parecer utópicas las conjeturas realizadas, pero si se están llevando a cabo en otros países europeos, como a continuación veremos, ¿por qué no se pueden incorporar en el país que cuenta con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo?

II. EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La protección de la salud es un derecho reconocido en la Constitución Española de 1978. En ella se insta a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud y es así como nacen las diversas legislaciones de este ámbito, entre las que cabe destacar la Ley General de Sanidad.

La *Ley General de Sanidad del 25 de Abril de 1986* crea unas estructuras organizativas

.....
1 Menéndez, E. (1978). *El modelo médico hegemónico y la salud de los trabajadores*, Nueva Imagen, México p. 27 y ss.

2 Piedrola Gil, G. (2000). *Medicina preventiva y salud pública*, Masson, Barcelona p. 42

3 Garces Ferrer, J. (1994) *La Administración Pública del Bienestar Social*, Valencia, Tirant Lo Blanch, p. 16

4 *Ley 2/1998 de 15 de Junio, Salud en Andalucía*.

5 Según datos de mortalidad de la OMS, España se sitúa en el cuarto lugar entre los 19 países más industrializados. Para más información, vid. Gavira L, (Coord.) (2008), SAS Información, número 38 Sevilla.

básicas⁶ para lograr así una mejor atención a la salud. A cada una de ellas le atribuye unas funciones, que someramente son las siguientes⁷:

- Administración del Estado (nivel central):
 - a. Bases y coordinación general de Sanidad.
 - b. Sanidad exterior.
 - c. Legislación sobre productos farmacéuticos.
- Comunidades Autónomas (nivel autonómico):
 - a. Planificación sanitaria.
 - b. Salud pública.
 - c. Gestión de los servicios de salud.
- Corporaciones Locales (en colaboración con su comunidad autónoma):
 - a. Salubridad.
 - b. Colaboración en la gestión de los servicios públicos.

Esta ley está a disposición de todos los españoles/as y ciudadanos/as extranjeros/as que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Además, se establecen convenios y leyes internacionales para asegurar ese derecho en el extranjero a los ciudadanos españoles⁸.

La forma que tiene el ciudadano/a de acceder a este sistema sanitario es sencillo: el/la paciente acudirá a su centro de salud o centro de atención primaria de referencia donde encontrará la estructura física de consultas y servicios asistenciales dotados de todos los profesionales necesarios para atender las demandas. Este centro de salud se encontrará geográficamente en una determinada área de salud que Piedrola (2000) define como “*la estructura básica del sistema sanitario, suficiente funcional y administrativamente, capaz de desarrollar las actividades asistenciales tanto desde el ámbito de la atención primaria de salud como en el nivel de la atención especializada y responsabilizado de la gestión usuaria de los centros y establecimientos integrados dentro de su demarcación*”⁹.

Como vemos, la atención primaria de salud (APS) representa el primer nivel de contacto del individuo, la familia y/o la comunidad con el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el lugar donde él/ella resida, constituyendo el primer elemento de un proceso de permanente asistencia sanitaria.

Si el usuario/a no encuentra respuesta en el sistema de APS y necesita atención más especializada, deberá acudir a un centro de atención especializada (CAE), ya que éste le ofrecerá unos medios materiales y humanos más adecuados a sus necesidades. Entre ellos encontramos una gran variedad: centros periféricos de especialidades (consulta de traumatología, de urología, etc.), hospitales generales, clínicos, universitarios... (hospitales materno-infantiles, hospitales de traumatología, etc.).

Este procedimiento descrito es el que se encarga de actuar directamente en la salud

.....
6 Vid. gráfico 1.

7 Cosas, M., Collazos, F. et al. (2009), *Mediación Intercultural en el ámbito de la Salud*, Barcelona, Obra Social La Caixa Capítulo 2, p. 8.

8 Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril, de medidas especiales en materia de Salud Pública.

9 Piedrola Gil, G. (2000), op. cit. p. 28.

de la población. Sin lugar a dudas, España cuenta con otras instituciones y organizaciones no gubernamentales que intervienen directa e indirectamente en el bienestar de la población, como, por ejemplo, la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, la Asociación de Educación para la Salud, la Asociación para la Calidad de Vida y Promoción de la Salud o la Asociación Andaluza para la Promoción e Investigación en Salud, se encargan de realizar acciones hacia la atención y promoción de la salud centradas en la prevención y en la formación de profesionales.

También es de destacar que desde esta intervención fuera del SNS se está cubriendo una parte muy importante del cuidado de la salud, a veces descuidada por el sistema público, como la prevención a través de campañas de sensibilización o la formación continuada realizadas a menudo por estas asociaciones y con poca frecuencia en el SNS a los profesionales. Un ejemplo de esto lo podemos encontrar en la campaña “La autopista a la vida. Si tienes que conducir ¡¡Sé responsable!!¹⁰” Realizada por Cruz Roja Juventud que intenta prevenir uno de los mayores problemas de Salud Pública: los accidentes de tráfico causados por el alcohol. En cuanto a las actividades formativas para profesionales podemos ejemplificarlas con los cursos formativos que se realizan desde la Asociación Andaluza para la Promoción e Investigación en Salud. Sin embargo, la mayor parte de la atención directa se realiza desde el SNS donde se cuenta con unos recursos limitados cubiertos en su mayoría por el presupuesto público, pero cabría preguntarse si aquellos servicios no cubiertos son accesibles a todas las personas.

El acceso al sistema sanitario no podrá tener impedimentos para los residentes en España y lo vemos reflejado en la ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad¹¹ que dice:

“La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”.

A ello hay que añadirle el Real Decreto 1088/1989 de 8 de Septiembre en el que se reconoce el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles/as que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes¹².

En lo referente a los/as extranjeros/as se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que a los/as españoles/as si se encuentran empadronados en el municipio donde residan, sin ser menores de edad o si se encuentran embarazadas - durante el embarazo, parto y postparto-. Para el resto de extranjeros el SNS ofrece asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente y la continuidad de dicha atención hasta alta médica.¹³

Por ejemplo, la atención a la salud se ve atendida gracias a la legislación actual incluso para aquellas personas con pocos recursos económicos, ya que la ley le reconoce éste derecho. Pero si necesitan un tratamiento para recuperar su estado de salud, por ejemplo, una medicación, entramos en una dificultad para algunas personas.

Para adquirir un medicamento, que consiga hacer frente a la enfermedad que estamos

.....
10 Información de la campaña “Autopista a la Vida” de Cruz Roja Juventud llevada a cabo en Málaga: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=214,12338515&_dad=portal30&_schema=PORTAL30&a_id=916#2944 (consultado 1/08/2011).

11 Piedrola Gil, G. (2000) op. Cit. P. 28.

12 Real Decreto 1088/1989, de 8 de Septiembre por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

13 Artículo 12 de la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de Diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de Enero, sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España y su integración social.

padeciendo, un facultativo legalmente capacitado deberá extender una receta con la cual el paciente podrá retirar el medicamento de una farmacia legalmente habilitada. Se podrán dar dos casos una vez que llegue a la farmacia, que la financiación sea íntegramente pública o que deba cofinanciar el medicamento.

La ley actual reconoce una dispensación con financiación exclusivamente pública en la que el usuario/a no deberá aportar económicamente nada para recibir el tratamiento. Esta dispensación pública atiende a los siguientes requisitos¹⁴:

- tratamientos que se realizan en las instituciones sanitarias públicas,
- tratamientos con medicamentos de “especial vigilancia”,
- tratamientos de accidentados/as y enfermos/as profesionales,
- pensionistas o beneficiarios/as del sistema de inválidos, aunque el pensionista realice trabajos remunerados compatibles con su pensión,
- afectados por síndrome tóxico,
- familiares de fallecidos / as como consecuencia de la Guerra Civil española.

Si el usuario/a no se encuentra en ninguno de los casos anteriores, una vez llegue a la farmacia deberá sufragar parte del coste del producto a través de una tasa¹⁵ que podrá ser de dos tipos:

- Tasa reducida: contribuirá con un 10% del coste de venta al público del medicamento, con un tope actualizable anualmente por el Ministerio de Sanidad y Política Social en relación con el IPC.
- Tasa normal o general: deberá contribuir el usuario/a con un 40% sobre el precio de venta al público.

Esta participación del usuario/a legalmente no cuestiona la gratuidad del servicio. Sin embargo, hace que algunas personas no tengan acceso a la medicación por no poder sufragar el coste o tasa normal del medicamento con el agravamiento en la salud que esto conlleva. Por ello, se propone que el SNS dispense gratuitamente los fármacos a aquellas personas que lo necesiten si realmente se desea que la salud sea un derecho de la ciudadanía y las enfermedades padecidas puedan ser tratadas y curadas en el momento de aparición, lo cual repercutirá positivamente en el propio sistema ya que no se requerirá unos cuidados más avanzados por agravamiento de la enfermedad.

III. NECESIDAD DE MEJORA AL ACCESO DEL MEDICAMENTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Podemos considerar que el colectivo de población que tendrá más dificultad para asumir el coste de los medicamentos será el de aquellas personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad y exclusión social. Según el “Informe Anual sobre Vulnerabilidad Social” de Cruz Roja Española¹⁶:

“La vulnerabilidad social constituye la frontera entre lo que puede considerarse la zona

14 Vidal Soria, J. et al. (2010), *Manual de la Seguridad Social*, Madrid, Tecnos, p. 505.

15 Ibidem, p. 505.

16 Malgesini Rey et al. (2010) 2008 – 2009. *Informe anual sobre la Vulnerabilidad Social*. Madrid. Cruz Roja Española. (p. 65).

de integración, caracterizada por pilares estables y sólidos en el contexto laboral y familiar, y la zona de exclusión que implica la carencia de trabajo y/o aislamiento familiar. Se trata de zona de gran inestabilidad, en la que una vez que una persona ha tomado contacto con la misma, es más fácil inclinarse hacia la zona de exclusión que volver de nuevo a la zona de inclusión social”

Cruz Roja Española realizó un cuestionario social cuyas conclusiones nos pueden ayudar a comprender la situación en la que actualmente se encuentra España. El nivel de riesgo de vulnerabilidad social ha aumentado en los últimos tres años. Además, un dato llamativo es que, aunque la mayoría son personas desempleadas, el 67% concretamente, hay un 13% de personas con empleo y que se encuentran en situación de pobreza, por lo que necesitarán alimentos y ayudas similares¹⁷. Esto nos hace desestimar el concepto de pobreza ligado al desempleo, puesto que en realidad hay casos en los que hay pobreza y hay empleo, lo cual se debe a que con un solo trabajo, debido a la crisis laboral, se está manteniendo a un núcleo familiar, por lo que los gastos superan a los ingresos por cada miembro de la familia. Sin embargo, el empleo, en la mayoría de los casos, es una herramienta fundamental de lucha contra la pobreza y la exclusión social¹⁸.

Esta situación que se está viviendo hace que el 29% de los hogares españoles declaren que llegan con dificultad o con mucha dificultad a fin de mes¹⁹, lo que se debe principalmente a la falta de actividad laboral. A través del reflejo del paro podemos comprobar una tasa de paro masculina del 20,58% y una tasa de paro femenino del 21,27%, por lo tanto, 1.367.500 de hogares españoles cuentan con miembros activos en paro²⁰. Todo ello añade más personas al grupo constituido por españoles que tienen dificultades económicas en un futuro a corto y medio plazo.

Para analizar las nacionalidades de la población que se encuentra en exclusión o vulnerabilidad social podemos atender a aquellas personas que han hecho uso del programa “Lucha contra la Pobreza” de Cruz Roja Española. En ella se puede observar que un 52% de los usuarios eran españoles, seguidos de marroquíes (14,8%) y rumanos (4,7%)²¹. Esto nos indica que es un problema del país y que afecta a todos los residentes en él, sean nacionales o extranjeros. También debemos tener en cuenta que este número podría verse incrementado ya que hay personas que no acuden a solicitar ayudas por reparo, dificultad de acceso o por pensar que es una situación de corto tránsito.

Esta dificultad económica se ve reflejada en los menores de edad que residen en España. En 2010 casi tres de cada diez niños menores de dieciséis años vivían en hogares cuyos ingresos se encontraban por debajo del considerado umbral de riesgo de pobreza²². La pobreza infantil es reflejo de la pobreza de la población adulta ya que, en su mayor parte, es dependiente de ella.

De estos datos se desprende que la población que se incluye en el grupo de vulnerabilidad o exclusión social no podrá hacer frente al copago de los medicamentos pudiendo incluso hacer que las familias que se encuentren en vulnerabilidad social pasen a exclusión social por hacer frente a ese copago.

.....
17 Idem. (p. 21).

18 Echenique, M. (2009) *Guía para la orientación laboral de colectivos vulnerables*. Madrid. Cruz Roja Española. (p. 5).

19 Gómez Granel, C. et al. (2008) *Informe de la Inclusión Social en España*. Cataluña. Caixa Catalunya. (p. 80).

20 Instituto Nacional de Estadística, 29 de Julio de 2011. *Encuesta de la Población Activa (EPA) Segundo trimestre 2011*.

21 Malgeri Rey et al. Op. Cit (2010).

22 Arias, M., Bello A, et al. (2010) *La Infancia en España: 2010 – 2011*. Madrid. UNICEF. (p. 21).

También debemos recordar que la simultaneidad de factores de riesgo biológicos (enfermedad), sumados a otro de índole social y ambiental (pobreza, exclusión, discriminación...) aumentan el efecto aislado de cada uno de los factores de riesgo²³.

Los fármacos, que son vitales para la recuperación de la salud, hacen que estas personas se vean obligadas a recurrir a otros sistemas protectores que ofrecen ayudas para cofinanciar o financiar íntegramente los medicamentos a ciudadanos con pocos recursos económicos. Por ejemplo, Caritas Diocesana, en su programa de ayudas económicas, destinó más de 2 millones de euros en Barcelona de los cuales un 5% fueron destinados a salud²⁴. También algunos ayuntamientos cuentan con ayudas para situaciones de necesidad y/o emergencia social en la que los Servicios Sociales ofertan unas pequeñas partidas presupuestarias para tratamientos médicos.²⁵

Como hemos podido comprobar es necesaria una solución a este problema del SNS, ya que, como reflejan los textos legislativos, la salud es su competencia. Debemos exigir que la solución sea duradera y no intente – como hacen las prestaciones existentes externas al Servicio de Salud – poner soluciones temporales al problema. De esta forma se reconocerá íntegramente el derecho a la salud y el tratamiento de la misma.

Aunque cabe reflexionar si esto es posible: Si el SNS tiene posibilidad – económica y funcional principalmente - de ofrecer a sus ciudadanos como derecho universal los costes del tratamiento y si esto será positivo para ellos. Es por ello, que, es conveniente analizar la situación de otros países y proponer una mejora para su desarrollo en España.

IV. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE PRESTACIONES DE AYUDA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (NHS) DE REINO UNIDO

El Servicio Nacional de Salud (NHS - National Health Service) nació en 1948 en Reino Unido e intenta ofrecer cobertura sanitaria a todos los/as ciudadanos/as de una forma gratuita exceptuando unos pequeños copagos. Su financiación procede de impuestos directos en un 80%, de entre los cuales el 16% corresponde al Seguro Nacional y el restante se costea a través de tasas legalmente establecidas²⁶.

A grandes rasgos podemos definir el SNS de Reino Unido con los mismos principios que el SNS español, aunque hay un hecho que marca la diferencia de una manera considerable: “el programa de Asistencia a la Salud asociado al Servicio Nacional de Salud” (Health Benefits associated with the NHS). Los “Health Benefits” son unas ayudas que intentan hacer más accesible el SNS. Incluyen medicamentos recetados gratuitos, tratamiento dental, exámenes de vista, gafas y lentes de contacto y pelucas y soportes para las articulaciones²⁷. Para acceder a estas ayudas se debe tener unos ingresos bajos o pertenecer a uno de los colectivos que los cubre. Los principales son, según el tipo de ayuda²⁸:

1) tratamiento gratuito (farmacia gratuita):

Este programa contempla a los siguientes colectivos siempre que pertenezcan en

23 Rodríguez Bausa, L., Gil Ramos, J.M. et al. (2011) *Competencias del Trabajador Social en poblaciones de especial riesgo*. Sevilla. Mad y ASMPIS. p 140.

24 Caritas Diocesana (2011) *Memoria 2010 Diócesis de Barcelona*. Sant Feliu y Terrasa. Cáritas Diócesis de Barcelona.

25 Véase por ejemplo las ayudas para las situaciones de necesidad y/o emergencia social de la provincia de Granada en la que se cita los medicamentos como uno de los objetos de estas ayudas. Boletín Oficial de la Provincia (BOP) número 123. Ordenanza municipal de prestaciones sociales de carácter económico para situaciones de especial necesidad y/o emergencia social en los Servicios Sociales. Granada 20 de Junio de 2010 (p. 83 y ss.).

26 Errasti Francisco (1997) *Principios de Gestión Sanitaria*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. p.27.

27 Martin, T. and Pierson, J. (2001) *Dictionary of Social Work*. London . Collin Educational p. 165 y ss.

28 National Health Service (2009) *Help With Health Costs (HC1)* London. NHS.

el momento en el que se receta la medicación a:

- a. mayores de 60 años,
- b. menores de 16 años,
- c. tener 16, 17 ó 18 años de edad y estar en una educación a tiempo completo²⁹,
- d. estar embarazada o haber sido madre en los doce meses anteriores y tener un certificado válido de excepción de pago de costes,
- e. tener una enfermedad catalogada y un certificado válido de excepción³⁰,
- f. tener diversidad funcional y depender de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria en posesión de un certificado válido,
- g. estar incluido en alguno de los siguientes grupos y poseer un certificado que así lo acredite:
 - recibir apoyo económico debido a los bajos ingresos o
 - recibir ingresos provenientes del Jobseeker's Allowance³¹.

2) Si un usuario del SNS de Reino Unido necesita algún tipo de tratamiento dental tendrá la posibilidad de recibirlo de forma gratuita si cumple alguno de estos requisitos:

- a. menores de 18 años o tener 18 años y estar en una educación a tiempo completo,
- b. estar embarazada y durante los doce meses después de parto,
- c. estar incluido en alguno de los siguientes grupos y tener un certificado:
 - recibir apoyo económico debido a los bajos ingresos,
 - recibir ingresos provenientes del Jobseeker's Allowance o
 - ser beneficiario de un "Guarantee Credit"³².

3) También la sanidad inglesa ofrece vales para asumir el coste de gafas y lentes de contacto, pelucas así como ayudas de transporte para el tratamiento de determinadas enfermedades en centros del SNS cuando se encuentren lejos del domicilio del paciente. De manera general, los requisitos de acceso son los mismos que para la farmacia gratuita o el tratamiento dental.

Como hemos podido comprobar el SNS de Reino Unido prevé la necesidad médica de las personas ante ciertos tratamientos para su salud y les ayuda a través de una instancia que realiza el ciudadano al propio sistema el cual es el encargado de expedir el certificado que da acceso a la prestación. Además, mientras el sistema tramita dicho derecho se reconoce un mecanismo para que, en el caso de que el/la usuario/a hubiera pagado el coste del medicamento, el dinero le sea devuelto en un plazo de tres meses³³.

Otro importante pilar a analizar dentro del SNS de Reino Unido es el coste de los medicamentos para la población que está fuera de esos grupos. Para ello debemos diferenciar los

.....
 29 "Full-time education": son unos centros que acredita la Secretaria de Educación de Reino Unido. Generalmente pertenecientes a escuelas, institutos y universidades.
 30 Las enfermedades que cubre son, entre otras, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, cáncer, hipoparatiroidismo...
 31 Subsidio proveniente del gobierno que reciben las personas desempleadas.
 32 El Guarantee Credit es una ayuda económica que reciben aquellas personas que tienen un ingreso semanal inferior a un cierto nivel. (Directgov) www.direct.gov.uk/en/Pensionsandretirementplanning/PensionCredit/DG_180159 (Consultado 24/06/11).
 33 NHS (2009) *Help With Health Costs (HC11)* London. NHS. (P. 49).

diversos países constituyentes del estado unitario ya que ofrecen diferentes costes cada uno de ellos:

En primer lugar, Inglaterra desde el 1 de abril del 2011 tiene un coste único por receta de 7,40 libras. Ese es el coste del medicamento que pagará el usuario, el resto lo asumirá el Gobierno. Para los medicamentos con un coste menor será conveniente que sean pagados íntegramente por el paciente ya que si son adquiridos con la receta deberá pagar el precio establecido. El sistema establece también programas de ayuda para aquellos tratamientos que necesiten más unidades de medicamento en cuyo caso, este precio es inferior, pero sólo son para los tratamientos de larga duración³⁴.

Para Escocia, Wales e Irlanda del Norte el coste que tendrá que aportar el beneficiario/a en farmacia con receta será de cero libras, es decir, estas zonas de Reino Unido establecen un sistema de medicamentos recetados gratuitos para todos sus usuarios/as³⁵. Wales fue el primero en eliminar su copago en las prescripciones y lo hizo el 1 de Abril de 2007, después fue seguido por Irlanda del Norte, el 1 de abril de 2010 y, por último Escocia, que lo eliminó el pasado 1 de abril de 2011³⁶.

Es de destacar este hecho de establecer las recetas de una manera gratuita ya que afianza aún más el principio público del sistema ofreciendo una financiación íntegramente pública. Además, las ayudas en los costes del medicamento aplicables a Inglaterra y de ayuda al coste de gafas y lentes de contacto, pelucas... aplicables a todo Reino Unido ofrecen un sistema redistributivo que omite la exclusión en la salud por requisitos económicos haciendo posible la recuperación a muchas familias que sin este modelo estarían fuera.

V. NECESIDAD DE INCORPORAR LOS BENEFICIOS DEL NHS (REINO UNIDO) AL SNS ESPAÑOL A TRAVÉS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Como hemos explicado anteriormente, España posee un gran grupo de población con tendencia al alza que se encuentra en vulnerabilidad o en exclusión social. Este grupo cuenta con graves dificultades para lograr el acceso a los medicamentos prescritos por su médico para la recuperación de su salud o a complementos médicos necesarios para su actividad diaria, como pueden ser gafas.

Un ejemplo que justifica la necesidad de incorporar ese beneficio puede ser el siguiente caso: un 20,74% de la población mayor de 16 años ha sido diagnosticada por un médico con hipertensión arterial³⁷. Para esta enfermedad pueden ser recetadas una diversidad de medicamentos cuyos precios suelen oscilar entre los 3,39€ en envases de 30 comprimidos y 54,97€ en envases de 28 comprimidos (dependiendo de la farmacéutica y compuestos principales)³⁸. Estos precios varían en función del tipo de receta que obtenga el usuario pero para el más costos su precio final de venta al público con receta de farmacia normal será de 35,10€. Esto supondrá que el enfermo de hipertensión arterial deberá pagar mensualmente 35,10€ a su farmacia. Esta tasa hará que las familias que se encuentren en dificultades económicas soslayan este pago y no se tomen el medicamento para poder costear necesidades aún más básicas, al menos según percepciones del propio paciente, como son

.....
34 NHS England.Help with health cost: www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx (Consultado 22/06/2011).

35 Consultar gráfico 2.

36 NHS 24: Health information and Self Care Advice for Scotland: www.nhs24.com/content/default.asp?page=s6_1&articleID=941&catID=68 y Boots, Pharmacy and Health: www.boots.com/en/Prescription-Charges-and-Exemption_1049426 (22/06/11).

37 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad e Instituto de Estadística (2006) Encuesta Nacional de Salud. España.

38 Basado en Vademcum. El tipo de medicamento varía en función del diagnóstico médico y los componentes del mismo.

alimentos, gastos de la vivienda como agua, luz...

Si se omite la toma de medicación, en este caso que estamos tratando, el corazón deberá esforzarse más de lo normal para bombear la sangre por lo que se incrementará las lesiones arteriales o de corazón. La presión arterial aumenta el riesgo de ataques al corazón, ataques al cerebro, insuficiencia renal, trastornos oculares, insuficiencia cardíaca congestiva y aterosclerosis³⁹.

Es decir, el SNS ha diagnosticado qué le pasa al paciente y le ha puesto solución a través de la receta de medicación pero, a causa del copago, no será retirado de la farmacia el medicamento de manera que el proceso de intervención del sistema en la salud se verá interrumpido en ese momento. Esto puede hacer que la enfermedad agrave y el paciente deba acudir al SNS con una situación de empeoramiento y, en algunos casos, urgente. Estas intervenciones para la recuperación de la salud serán bastante superiores al coste que hubiera tenido el medicamento si se hubiera financiado íntegramente con fondos públicos, en la mayoría de los casos.

Es por ello que, para el sistema y para los/as usuarios/as, es necesario y acuciante imponer medidas de mejora para subsanar este déficit y hacer posible una asistencia sanitaria íntegra.

Y es aquí donde se justifica la intervención del Trabajo Social en este objetivo de crear una oferta de farmacia gratuita, que se debe hacer a través de una reforma legislativa, en la que se permitirá la inserción de todas las personas a un sistema de previsión de medicamentos adaptados a sus necesidades, además de permitir el acceso al derecho a la protección de la salud reconocido constitucionalmente.

Para ello, el Trabajo Social intervendrá desde el propio sistema de salud, es decir, la intervención se hará desde el Trabajo Social Sanitario.

“El Trabajo Social Sanitario estudia, identifica, trata y atiende los problemas sociales de las personas enfermas mientras son atendidas en alguno de los ámbitos del sistema sanitario [...] y las dificultades de sus familiares⁴⁰.”

De acuerdo con esta definición, será el Trabajador Social Sanitario el encargado de diagnosticar la necesidad de medicamentos y su imposibilidad de pagos.

El Trabajador Social Sanitario será el encargado de comprobar que se da la necesidad y de procurar la atención de dicha persona. Lo ideal, y lo que personalmente defiende, sería una transformación del sistema que albergara la posibilidad de financiar íntegramente con fines públicos los medicamentos tras la valoración social del Trabajador/a Social Sanitario de referencia.

Este cambio puede tomar diversas formas según los legisladores vean oportuno. Por ejemplo, se puede dotar con un presupuesto a cada centro médico, dependiendo de la población usuaria y de las patologías principales atendidas en el centro. El/La Trabajador/a Social Sanitario/a gestionará ese presupuesto y cubrirá – en función de su diagnóstico social – parcial o totalmente el medicamento necesitado.

Esta solución puede prorrogarse en el tiempo debido a la situación económica que Es-

.....
39 Cepvi.com: Psicología, Medicina, Salud y Terapias alternativas: <http://www.cepvi.com/medicina/enfermedades/hipertension2.shtml> (Consultado 16/06/11).

40 Colom Masfret, D. (2008) *El Trabajo Social Sanitario*. Madrid. Siglo XXI Página 159.

pañía está viviendo y a la poca concienciación sobre el problema. Es por ello que, reflexionando hemos llegado a una solución temporal que puede nacer desde el Trabajo Social Comunitario y con apoyo y ayuda del Trabajo Social Sanitario: “El Banco de Medicamentos”.

El “Banco de Medicamentos” es una actuación en la que el principal pilar es la población usuaria del sistema de salud. A modo de proyecto explicaré en qué consiste el “Banco de Medicamentos.”

En primer lugar, veo oportuno detenernos en unos objetivos que, dependiendo del centro de salud, hospital o lugar en el que se desarrolle, podrán ampliarse o modificarse.

Objetivos Generales

- 1) Conseguir la toma de medicación de una forma constante
- 2) Lograr que todos/as los/as pacientes tengan acceso a la medicación
- 3) Lograr la conciencia de enfermedad
- 4) Evitar posibles efectos secundarios de los medicamentos
- 5) Disminuir los posibles intentos autolíticos – sobre todo en pacientes de salud Mental - a través de una correcta eliminación de la medicación no necesaria.

Objetivos Específicos

- a) Conseguir una completa amortización del gasto invertido por la administración pública en medicación.
- b) Garantizar el seguimiento de cada lote de medicamento puesto en el mercado, con el fin de proceder eficazmente a su retirada si fuera preciso, minimizando, de esta forma, los riesgos para la salud.
- c) Conseguir un reciclaje del medicamento deteriorado y del envoltorio, así como la correcta eliminación cuando el producto caduque.

El funcionamiento del “Banco de Medicamentos” se realizará a través de donaciones donde toda persona podrá aportar todos aquellos medicamentos que tienen en su domicilio y que actualmente no utiliza. Una vez que la población aporte la medicación se derivará al personal de enfermería que valorará que el producto reúna ciertos requisitos previos (el buen estado de conservación, no rotura del precinto de garantía, etc.).

Una vez haya sido valorado por el personal de enfermería se derivará al auxiliar de enfermería que se encargará de introducir en un sistema informático los siguientes datos:

- Cantidad del producto,
- farmacéutica,
- nombre del producto,
- principio Activo,
- lote,
- fecha de Caducidad y
- donante el producto.

Estos datos nos ayudarán a retirar el producto del banco en caso de que las farmacéuti-

cas informen de un error o alerten sobre una situación determinada en algún lote, además de controlar la caducidad y el donante.

Una vez introducidos esos datos en el soporte informático el medicamento será almacenado. El Trabajador Social Sanitario será el encargado de valorar la situación social del paciente, con especial énfasis en la economía, y, dado el caso, conceder ayuda con medicamentos del banco. La valoración se realizará de forma cualitativa y cuantitativa. El Trabajador/a Social Sanitario/a, según la mercancía existente, decidirá qué cantidad se le dona al paciente que la necesite, es decir, se le puede aportar toda la medicación o parte de ella, con lo que el/la paciente deberá retirar de farmacia y realizar el copago de las restantes. El enfermo deberá aportar el documento donde el facultativo prescribe la medicación necesitada en el banco de medicamentos. El Trabajador Social Sanitario introducirá en la base de datos, accesible para el resto de profesionales del proyecto, el nombre de la persona beneficiaria de la medicación y será el personal facultativo o de enfermería los encargados de administrarle la cantidad asignada en la revisión programada tras verificar nuevamente que es la medicación prescrita después de que el/la paciente firme un documento de retirada en el que eximirá al sistema de salud de toda responsabilidad en el mal estado de la medicación que no se derive de la conservación y manipulación hospitalaria, siendo el único responsable el donante.

La asignación de medicación se hará de forma equitativa – según el grado de necesidad – entre todos los pacientes según el número de unidades con las que se cuente.

Cada asignación de medicación que se haga se realizará siguiendo este proceso aunque el paciente repita y se hará con el objetivo de confirmar que su situación social no ha cambiado y continúa necesitando esa ayuda.

La intervención de cada uno de los profesionales se puede resumir en el siguiente cuadro:

Trabajador/a Social Sanitario/a	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar el proyecto y la correcta evaluación del mismo. - Valoración social de la necesidad de medicación gratuita. - Asesorar a cualquier institución o persona interesada sobre el proyecto. - Promover la donación de los medicamentos más demandados. - Asesorar e informar a los pacientes sobre la posibilidad de donación de medicación. - Sistematizar todas las intervenciones realizadas en este proyecto para su correcta evaluación. - Cualquier otra atribuible.
Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar en la captación de medicación. - Comprobar el buen estado de la medicación donada. - Asesorar e informar a los/as pacientes sobre la posibilidad de donación de medicación. - Promover la donación de los medicamentos más demandados. - Cualquier otra atribuible.
Auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Asesorar e informar a los/as pacientes sobre la posibilidad de donación de medicación. - Introducir en el sistema informático y contabilizar la medicación existente en el Banco de Medicamentos. - Elaborar informes sobre la medicación que más se demanda en el banco para que los profesionales competentes promueven su donación. - Cualquier otra atribuible.

Médicos	<ul style="list-style-type: none"> - Asesorar e informar a los pacientes sobre la posibilidad de donación de medicación. - Colaborar en la captación de medicación. - Derivar a la Unidad de Trabajo Social ante cualquier sospecha de no poder hacer frente al pago de medicación por parte del usuario/a. - Cualquier otra atribuible.
Servicios Sociales Asociaciones ONG	<ul style="list-style-type: none"> - Dar difusión de la campaña. - Informarse sobre cualquier duda sobre el proyecto. - Derivar a la Unidad de Trabajo Social cuando sospechen la posible inclusión en el proyecto. - Cualquier otra atribuible.

El “Banco de Medicamentos” podrá ser adoptado como una solución temporal al problema, aunque esto supondrá una solución temporal más que no reconoce aún el derecho de los/as ciudadanos/as. También se debe advertir que esta solución no se ha llevado a cabo en ningún centro y deberá someterse – en caso de su implantación– a los exámenes y controles de los departamentos jurídicos para estudiar su viabilidad.

Aunque, debemos incidir en que la mejor solución es la reforma legislativa sobre este tema y el reconocimiento del acceso a la farmacia gratuita para aquellos sectores de la población que lo necesiten.

VI. CONCLUSIONES

Para concluir, me gustaría recalcar la necesidad de intervenir directa y activamente sobre el acceso universal a la medicación. Probablemente, el pronóstico de la no intervención es difícil de ser imaginado porque es algo que ya tenemos asumido como normal, dado que el sistema siempre ha sido así. Sin embargo, las consecuencias de la no intervención supondrán más gasto sanitario, empeoramiento de la salud de la población e incidencia en determinadas enfermedades.

Por ello, se hace necesario reflexionar sobre este tema y buscar una solución para nuestro sistema sanitario mientras que se exige al Gobierno y a la Comunidad Autónoma intervención directa sobre este tema.

Probablemente no es un buen momento para solicitar o implantar esta medida ya que los gobiernos europeos están dificultando aún más el acceso a los servicios sanitarios. Por ejemplo, Italia ha implantado un copago de 10€ para recibir la atención de un especialista y de 25€ para poder hacer uso del servicio de urgencias⁴¹.

En España, con una mayor lentitud, nos estamos sumando a los recortes sociales europeos justificados por la poca estabilidad económica. Un ejemplo de ello lo podemos ver en Cataluña donde han cerrado varios centros sanitarios “por vacaciones” durante el verano y se ha visto reducido el horario de ochenta centros de atención primaria⁴². El copago en los servicios sanitarios está resonando ya en algunos foros como medida de ahorro a nivel nacional. Sin embargo, debemos comprender que de esta forma sólo se conseguirá una

41 El Confidencial “Más tasas y copago sanitario, imprescindibles” www.elconfidencial.com/opinion/notebook/2011/08/10/mas-tasas-y-copago-sanitario-imprescindibles-7784 (Consultado 01/08/11).

42 Periódico Público.es “Ya son 85 los ambulatorios que cerrarán en Catalunya”: www.publico.es/espana/389868/ya-son-85-los-ambulatorios-que-cierran-en-cataluya (Consultado 09/08/11).

discriminación más marcada hacia el acceso a la salud, suponiendo un alejamiento del sistema público y, por consiguiente, un empeoramiento de la salud española.

Como profesionales, usuarios/as del SNS y ciudadanos en general debemos imponernos ante este sistema de reformas que nos están retrocediendo nuestro avanzado sistema de protección de la salud.

También, como hemos enfatizado, esta exclusión de la salud podrá repercutir negativamente y ser necesaria una atención más especializada en algunos casos. Esta atención supondrá una inversión económica elevada, añadiendo el coste emocional y doloroso personal para el/la paciente y su familia, que podría haberse evitado con una atención accesible y gratuita.

Creo que hemos abierto un campo de opinión donde espero que cada Trabajador Social Sanitario tome parte de él para conseguir el fin aquí planteado. Quiero recordar que esto es sólo un trabajo científico – posiblemente alejado de la realidad de algunos distritos sanitarios – pero que debe ser asumido por los Trabajadores Sociales Sanitarios con el fin último de ayudar a sus usuarios.

ANEXOS

Gráfico I: Sistema Sanitario Español.

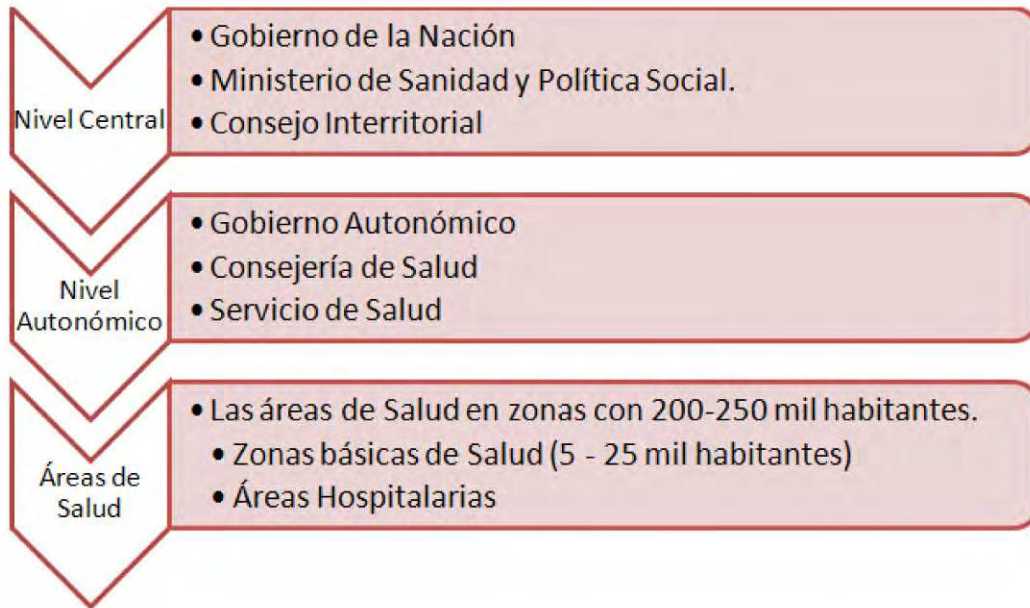
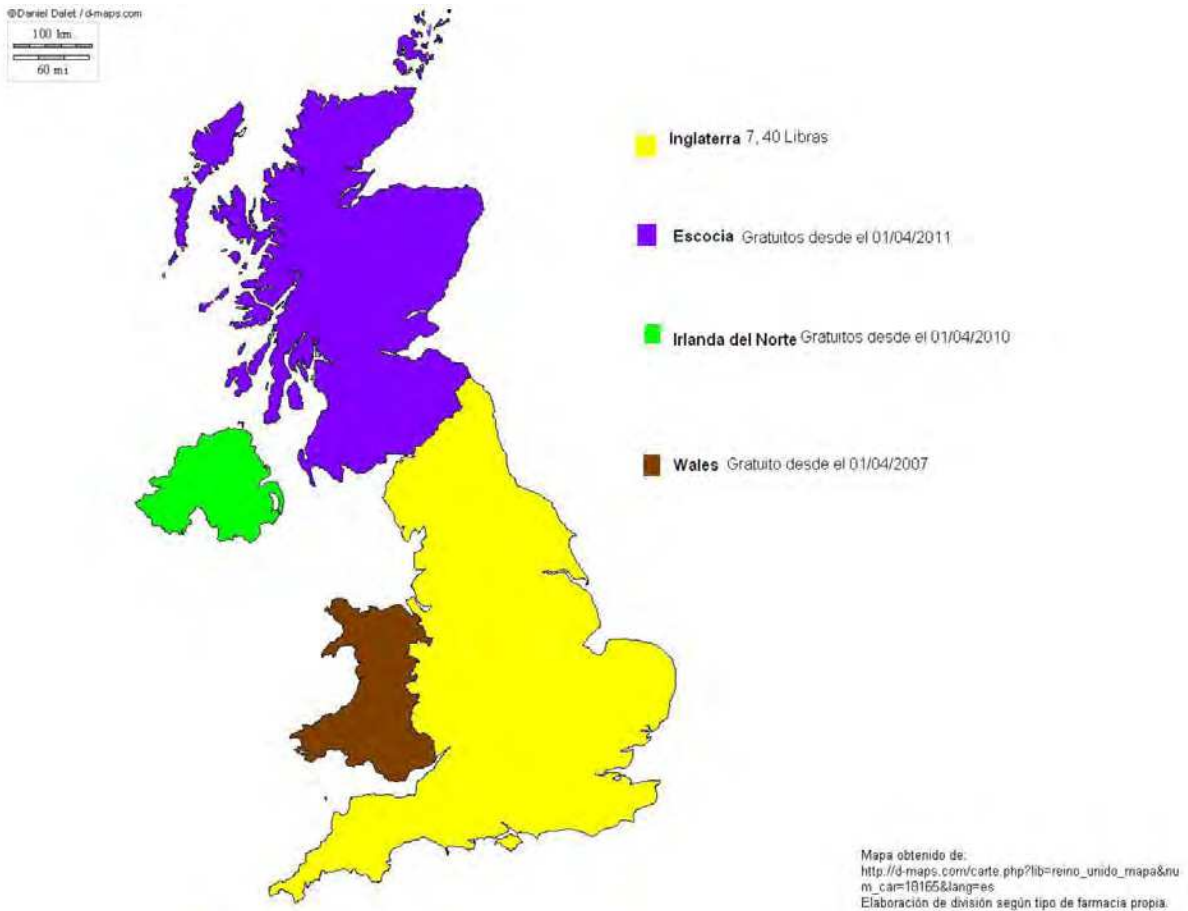


Gráfico II: Distribución de los Costes de Farmacia en Reino Unido.



BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Arias, M., Bello A, et al. (2010) *La Infancia en España: 2010 – 2011*. Madrid. UNICEF.
- Autopista de la vida, Cruz Roja Juventud Málaga: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=214,12338515&_dad=portal30&_schema=PORTAL30&a_id=916#2944
- Boletín Oficial de la Provincia (BOP) número 123. Granada 20 de Junio de 2010.
- Boots, Pharmacy and Health: www.boots.com/en/Prescription-Charges-and-Exemption_1049426
- Caritas (2011) *Memoria 2010 Diócesis de Barcelona*, Sant Feliu y Terrassa. Barcelona. Cáritas Diocesana de Barcelona.
- Cepvi.com: Psicología, Medicina, Salud y Terapias alternativas: <http://www.cepvi.com/medicina/enfermedades/hipertension2.shtml>
- Colom Masfret, D. (2008) *El Trabajo Social Sanitario*. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica. Madrid. Siglo XXI
- Cosas, M., Collazos, F. et al. (2009) *Mediación Intercultural en el ámbito de la Salud*. Barcelona. Obra Social La Caixa
- De Roberti, C. (2003) *Fundamentos del Trabajo Social*. Ética y Metodología. Sevilla. NauLibres.
- Directgov. Public Services all in one place. Pension and retirement planing: www.direct.gov.uk/en/Pensionsandretirementplanning/PensionCredit/DG_180159
- Echenique, M. (2009) *Guía para la orientación laboral de colectivos vulnerables*. Madrid. Cruz Roja Española.
- El Confidencial “*Más tasas y copago sanitario, imprescindibles*” www.elconfidencial.com/opinion/notebook/2011/08/10/mas-tasas-y-copago-sanitario-imprescindibles-7784
- Errasti Francisco (1997) *Principios de Gestión Sanitaria*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.
- Garces Ferrer, J. (1994) *La Administración Pública del Bienestar Social*. Valencia. Tirant Lo Blanch
- Gavira L, (Coord.) (2008) *SAS Información número 38. Publicaciones periódicas para todos los profesionales del Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla.
- Gómez Granel, C. et al. (2008) *Informe de la Inclusión Social en España*. Cataluña. Caixa Cataluya.
- Instituto Nacional de Estadística, 29 de Julio de 2011. Encuesta de la Población Activa (EPA) Segundo trimestre
- Junta de Andalucía (1998) Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 74. Ley 2/1998 de 15 de Junio, Salud en Andalucía.
- Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

- Malgesini Rey et al. (2010) 2008 – 2009. *Informe anual sobre la Vulnerabilidad Social*. Madrid. Cruz Roja Española.
- Martín, T. and Pierson, J. (2001) *Dictionary of Social Work*. London. Collin Educational.
- Menéndez, E. (1978) *El modelo médico hegemónico y la salud de los trabajadores*. Nueva Imagen. México.
- NHS (2009) *Help With Health Costs (HC11)* London. NHS.
- NHS 24: Health information and Self Care Advice for Scotland: www.nhs24.com/content/default.asp?page=s6_1&articleID=941&catID=68
- NHS England.Help with health cost: www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx
- Periódico Público.es “Ya son 85 los ambulatorios que cerrarán en Catalunya”: www.publico.es/espana/389868/ya-son-85-los-ambulatorios-que-cierran-en-cataluya
- Piedrola Gil, G. (2000) *Medicina preventiva y salud pública*. Masson. Barcelona.
- Real Decreto 1088/1989, de 8 de Septiembre por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.
- Rodríguez Bausa, L., Gil Ramos, J.M. et al. (2011) *Competencias del Trabajador Social en poblaciones de especial riesgo*. Sevilla. Mad y ASMPIS.
- Vidal Soria, J. et al. (2010) *Manual de la Seguridad Social*. Madrid. Tecnos.