Ley: El seguro que promueve, la renuncia a la asistencia médica

Boletín N°:

Ene 04, 2024 SUIZA

Cuando entró en vigor en 1996, la nueva ley sobre el seguro de enfermedad (LAMal) fue presentada por la consejera federal socialista Ruth Dreifuss (entonces responsable de este tema) como el medio para garantizar el acceso universal a la asistencia sanitaria gracias a la nueva obligatoriedad de este seguro.

En 2022, 26 años después, una cuarta parte de la población declara haber abandonado un tratamiento médico por motivos económicos, casi la mitad ha gastado al menos 1.000 francos de su propio bolsillo en gastos sanitarios (además de las cotizaciones al seguro médico) y más de una de cada diez personas ha tenido graves problemas para pagar las facturas médicas. ¡Bienvenidas al paraíso de LAMal!

La administración del consejero federal saliente Alain Berset… cuida su comunicación

Estos pocos datos surgen del análisis realizado por Obsan (Observatorio Suizo de la Salud) a partir de la encuesta "International Helath Policy" (IHP) realizada en 2023 por la fundación estadounidense Commonwealth Fund. Este análisis, publicado el 4 de diciembre de 2023, fue realizado por mandato de la Oficina Federal de Salud Pública (OFSP), brazo administrativo de la política sanitaria desplegada por el (todavía) consejero federal Alain Berset de la OFSP, quien, sin pestañear, tituló el comunicado de prensa que anunciaba esta publicación: "La población suiza está mayoritariamente satisfecha con la asistencia sanitaria". Y Alain Berset, de la OFSP y de sí mismo…

El PHI es una encuesta internacional realizada desde 1998 y en la que Suiza participa desde 2010. Ha permitido realizar comparaciones desde esa fecha con otros nueve países: Australia, Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Países Bajos y Suecia. En 2022, en Suiza se encuestó a algo menos de 2.300 personas.

La renuncia a los cuidados se extiende…

Uno de los temas abordados por esta encuesta es la carga de los gastos de salud sobre los hogares y la renuncia a la asistencia médica. Estas informaciones merecerían encontrar más eco en el debate sobre el futuro del seguro médico. Aquí hay algunos datos:

– El 18,8% de los encuestados experimentó algún problema médico durante los doce meses anteriores a la encuesta pero no consultó a un médico o una médica por motivos económicos. En 2010, esta proporción rondaba el 6%. Se trata del segundo nivel más

alto entre los diez países comparados, detrás de Estados Unidos (27,1%). En Alemania este valor no supera el 4%.

– El 12,7% de los encuestados ha renunciado a un tratamiento o examen prescrito por un médico o médica por motivos económicos. Esta proporción no sobrepasaba el 5% en 2010. Suiza se encuentra aquí en el tercer escalón del podio, detrás de EE.UU. (25,6%) y Australia (20,4%). En Alemania, en Gran Bretaña, en Suecia y en los Países Bajos esta proporción se sitúa entre el 5 y el 6%.

– El 8,5% de la población ha renunciado a comprar un medicamento recetado por un médico o médica, o lo ha tomado con menos frecuencia de lo que indica la receta, siempre por motivos económicos. En 2010, esta proporción era la mitad. Suiza ocupa aquí la cuarta posición, con Estados Unidos siempre a la cabeza (20,9%). La proporción más baja, en los Países Bajos, es inferior al 5%.

– En conjunto, el 24,4% de la población ha renunciado al menos a una de estas tres formas de prestaciones médicas, frente al 10,3% en 2010. Esta proporción alcanza el 30,3% entre las personas con ingresos inferiores a la media.

– Las personas con una franquicia alta (de 2.000 o 2.500 francos) renuncian a la asistencia médica con mucha más frecuencia que aquellas con una franquicia baja de 300 o 500 francos (33,7% frente a 19,7%).

– Además, el 28,8% de la población ha abandonado el cuidado dental por motivos económicos, frente al 20,7% en 2016. Esto sitúa a Suiza en el medio del grupo, entre Nueva Zelanda en un extremo (43,5%) y Alemania en el otro (8,3%).

– Y, para acabar (por el momento), el 11,2% de la población ha tenido graves problemas para pagar las facturas médicas o no ha podido pagarlas. Esta proporción era dos veces más baja en 2010 (5,7%). Esto sitúa a Suiza en la tercera posición, con Estados Unidos siempre a la cabeza (21,9%). En los Países Bajos, Alemania o Inglaterra, este porcentaje no supera el 6%.

Estos hallazgos deben vincularse a dos avances significativos en el seguro médico:

– En 2010, el 80% de las personas contaba con un seguro estándar, lo que les permitía consultar a un médico o médica de familia o especialista sin “filtro” previo. El modelo alternativo era el del médico o médica de familia (del que hay que obtener un bono de delegación para consultar a un especialista) y esta vía fue adoptada por el 12,3% de los asegurados. En 2022, las relaciones se han invertido y el modelo del médico de familia es el más común, adoptado por casi la mitad de la población (48,1%), mientras que sólo un tercio de los asegurados (34,8%) siguen teniendo un seguro estándar.

– En 2022, el 34% de los asegurados y aseguradas habrán “elegido” un seguro con una franquicia de 2.000 o 2.500 francos. En 1999, la franquicia más elevada era de 1.500 francos y poco más del 5% de los asegurados la utilizaban. Una franquicia de 2.500 francos significa que el/la asegurado/a, además de sus cotizaciones mensuales al seguro de enfermedad, deberá pagar de su propio bolsillo los primeros 2.500 francos de gastos sanitarios, antes de tener derecho al reembolso del seguro (y todavía pagará una parte de los costes del 10%, hasta un límite máximo de 700 francos). Sin embargo, según la encuesta SILC (Statistics on Income and Living Conditions), Encuesta sobre los ingresos de los hogares y las condiciones de vida en Suiza), en 2021 el 18,9% de la población declaró que no tenía medios económicos para hacer frente a un gasto

inesperado de 2.500 francos en un mes. Esta proporción alcanzaba el 46,1% entre el primer quintil de las personas con menores ingresos y el 26,7% entre el segundo quintil con menores ingresos.

Basta reunir estos datos para tener una imagen bastante “llamativa” de lo que está produciendo el LAMal:

1) las cuotas per cápita (en las que el aporte es, en una determinada región, el mismo para todo el mundo independientemente del ingreso) pesan más en el presupuestos de personas con ingresos bajos o medios;

2) para aliviar un poco esta presión, se “alienta” a la gente a elegir modelos de seguros de salud con una libertad de elección cada vez más restringida y con una franquicia cada vez más alta; 3) las restricciones y cargas financieras resultantes llevan a una proporción cada vez mayor de la población a renunciar a ciertos servicios médicos; 4) a pesar de ello, cada vez más personas tienen dificultades para pagar sus gastos de salud, lo que, si nada cambia, 5) les llevará a elegir modelos de seguro médico aún más restrictivos y a abandonar aún más frecuentemente la asistencia médica.

Con este recordatorio: las consultas a las que las personas encuestadas por PHI dicen haber renunciado por razones económicas son consultas después de haber tenido un problema de salud (y no consultas de “conveniencia”, en lo que tenga sentido este término, lo cual muy rara vez es el caso) y los exámenes, tratamientos o medicamentos que no tomaron fueron prescritos por su médico. Por lo tanto, lo que estas personas se ven obligadas a aceptar es un deterioro real de su atención médica.

Por una caja única con financiación proporcional a los ingresos

Es necesario salir de este modelo LAMal para detener esta dinámica que está llevando a una proporción cada vez mayor de la población a renunciar a los cuidados médicos necesarios. Se trata de una financiación según el modelo AVS, que es la única manera eficaz de reducir la carga de los gastos sanitarios para la mayoría de la población de ingresos bajos y medios, haciendo que los empresarios contribuyan a los gastos sanitarios y obteniendo de los (muy) altos salarios una participación proporcionalmente igual a la del resto de la población. Y sustituyendo las actuales compañías de seguros de salud, que hacen negocio a través del seguro médico obligatorio, por una caja pública única orientada a promover la salud de toda la población.

En esta perspectiva, el proyecto de financiación uniforme de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias (EFAS), que el Parlamento debería ultimar durante su sesión de diciembre, representa una amenaza inmediata. De hecho, daría lugar a conceder aún más poder a las compañías de seguros de salud, canalizando a través de ellas toda la financiación del gasto sanitario, incluidas las contribuciones muy importantes de los cantones. El Sindicato de Servicios Públicos (SSP) ha decidido que, si va hacia delante, luchará contra este proyecto mediante referéndum. Será una lucha que se prolongará.

Fuente

Fuente: Rebelión

Enlace:
https://rebelion.org/el-seguro-que-promueve-la-renuncia-a-la-asistencia-medica/