



Revista de Bioética y Derecho
E-ISSN: 1886-5887
obd@pcb.ub.es
Universitat de Barcelona
España

Terés Quiles, Josep

Por un sistema nacional de salud de acceso universal (Dos declaraciones a favor de una sanidad de acceso universal: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona y Comitè de Bioètica de Catalunya)
Revista de Bioética y Derecho, núm. 29, diciembre, 2013, pp. 89-95
Universitat de Barcelona
Barcelona, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78339732010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



**SEMINARIO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA UNESCO
“LA EQUIDAD Y EL ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS”**

**Por un sistema nacional de salud de acceso universal
(Dos declaraciones a favor de una sanidad de acceso
universal: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona y
Comitè de Bioètica de Catalunya)¹**

JOSEP TERÉS QUILES^{*}

¹ Intervención de Josep Terés Quiles en la mesa de debate “Justicia distributiva y asignación de los recursos sanitarios” del Seminario Internacional de Bioética Unesco “La equidad y el acceso a los recursos sanitarios” celebrado el 31 de enero de 2013.

* Josep Terés Quiles. Catedràtic de Medicina i membre de la Comissió de Deontologia del COMB.

Resumen

Aún reconociendo la necesidad de medidas para asegurar la sostenibilidad del sistema, en incluso habiéndolas reclamado desde diferentes instituciones y en la voz de reconocidos expertos en economía sanitaria desde hace décadas, no parece que las que nos llegan con estos reales decretos sean las mas adecuadas, tanto por su apariencia de improvisadas, por su imposición en forma de real decreto, sin el debido debate parlamentario en una cuestión de tal importancia, por su falta de sensibilidad hacia los colectivos mas frágiles, por su imprevisión de las probable sobrecarga de los servicios de urgencias y las posibles repercusión sobre la salud pública, como por el tufillo de contaminación ideológica en unas medidas que, presentadas como necesarias para sostener el sistema, conllevan el inicio de un cambio de modelo.

Palabras clave: bioética; salud pública; utilitarismo; limitación de presupuestos en salud pública.

Antecedentes

No es hasta 1942 que se crea en España un instrumento para atender a la salud individual de las personas, concretamente de los trabajadores. Hasta entonces se entendía que las responsabilidades del Estado en lo referente a la Sanidad (la Dirección General de Sanidad fue creada en 1855) abarcaba únicamente aquellos aspectos que afectaban o podían afectar a la comunidad como conjunto, es decir, lo que se entiende como salud pública (salubridad de aguas y alimentos, alcantarillados, higiene en locales públicos, vacunaciones, prevención de epidemias, etc.) y sólo en el caso de algunas enfermedades muy prevalentes (tuberculosis) o de gran repercusión social (trastornos mentales), el Estado proporcionaba actividades y estructuras asistenciales. El individuo debía ser autosuficiente para atender a sus problemas de salud.

La Ley de 14 de diciembre de 1942 creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, bajo el Instituto Nacional de Previsión, con el fin de cubrir la asistencia de los trabajadores en la enfermedad, mediante un modelo de seguro sanitario, financiado por una cuota vinculada al trabajo, en el que el trabajador era el *asegurado* y las personas que dependían de él (esposa, hijos) los *beneficiarios*. Este sistema de seguro sanitario (modelo Bismarck), con sucesivas mejoras en lo referente a las cuberturas, organización, prestaciones, instalaciones y estructura, fue evolucionando a la vez que convivía con otras instituciones asistenciales específicas para otros colectivos: Obra Sindical 18 de Julio para los jubilados, Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial, basadas en el mismo modelo, y que, excepto la primera, persisten en la actualidad.

El Sistema Nacional de Salud

La Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986 de 25 de abril), recogiendo el mandato constitucional, que en sus artículos 43 y 49 reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, crea el Sistema Nacional de Salud que conlleva un cambio de modelo (modelo Beveridge): desaparece el concepto de asegurado y beneficiario y se substituye por el de *titular* del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que recae sobre *todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional*. La financiación corre a cargo de los presupuestos del Estado a través de los impuestos y, en su caso, de las transferencias de aquél a las Comunidades Autónomas.

El fundamento moral de esta ley es la convicción de que las personas tienen el derecho a ser atendidas según sus necesidades con independencia de su poder adquisitivo. La ley representa el compromiso colectivo de atender a las personas independientemente de su aportación económica al estado. La condición de ciudadano es la que acredita para acceder al sistema sanitario público. Estos derechos se amplían a los residentes extranjeros en virtud de la Ley 4/2000 (de 12 de enero), que en su artículo 12.1 dice: “*Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas*

condiciones que los españoles”. De esta manera, nuestro Sistema Nacional de Salud se convierte además en un instrumento de cohesión social y de justicia distributiva. Por otra parte, no podrían concebirse los objetivos de promoción de la salud colectiva, vigilancia y previsión de los problemas de salud de una sanidad pública sin la integración y atención de los colectivos más vulnerables en función de su estatus social.

Se trata, por tanto, de un Sistema Nacional de Salud público, gratuito (financiado por el Estado a través de los impuestos) equitativo y de acceso universal que, como tal, tiene sin embargo graves dificultades de sostenibilidad, atribuibles no sólo a una infrafinanciación sino a otros factores, esencialmente demográficos, tecnológicos i sociológicos, presentes también en la mayoría de sistemas de salud de los países desarrollados. Es por tanto innegable la necesidad de racionalizar el gasto y de perseguir la eficiencia, como se viene planteando en otros países desde la década de los noventa, en base, por ejemplo, a la revisión de la cartera de servicios, a los distintos mecanismos de priorización y en algunos casos al copago. En el nuestro, tanto el informe Abril (1991) como los análisis publicados por otros economistas y gestores de la salud (López Casasnovas, Ortun, del Llano y otros) ya advertían de los puntos débiles del sistema, por lo que se refiere a la sostenibilidad económica, y proponían medidas correctoras que no han sido contempladas ni traducidas a decisiones políticas valientes. De esta manera se ha llegado, en un escenario de crisis económica profunda, a la necesidad de reducir el déficit público a través de medidas urgentes, improvisadas, no bien evaluadas en cuanto a sus consecuencias y más dolorosas, en plena crisis, que si se hubieran implementado a su tiempo con visión de futuro.

Limitaciones a la accesibilidad

Mediante el Real Decreto-ley de la Jefatura del Estado *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* y el Real Decreto del Ministerio de Sanidad *1192/2012 por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, se revisa el acceso al Sistema Nacional de Salud, modificando la Ley General de Sanidad de 1986 y el artículo 12 de la ley 4/2000, referido al derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros. Veamos los principales cambios:

1. Reaparecen los términos de asegurado y beneficiario anteriores a la Ley General de Sanidad, cuando el modelo era el de seguro sanitario, modificando así el artículo 1.2 de esta última referido a los *titulares* del derecho a la protección de la salud.
2. Refiriéndose a los extranjeros no pertenecientes a un estado miembro de la UE, del Espacio Económico Europeo o a Suiza, se establece que ostentan la condición de asegurados “los que son titulares de una autorización para residir en el territorio español, mientras ésta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica”. Es decir, que para lo que antes se requería sólo estar inscrito en el padrón municipal, ahora se necesita el permiso de residencia. Se excluye, por tanto a los “sin papeles”.

3. Para ostentar la condición de beneficiario, siendo descendiente de la persona asegurada i hallándose a su cargo, es preciso ser menor de 26 años, a no ser que se padezca una incapacidad igual o mayor al 65%. Es decir, que se excluye a los jóvenes mayores de 26 años que no ostenten la condición de asegurados, o sea que no hayan cotizado a la Seguridad Social. Éstos, si son españoles y residentes en España, nacionales de algún estado miembro de la UE inscritos en el Registro Central de Extranjeros, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, o nacionales de otros países con permiso de residencia en España, no tienen otra cobertura obligatoria y sus ingresos no superan el cómputo anual de cien mil euros, podrán ostentar también la condición de asegurados, pero su reconocimiento por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social y, por tanto, la emisión de la tarjeta sanitaria, no será automática, sino que requerirá la presentación de una solicitud por parte del interesado, acompañada de una serie de documentos que certifiquen el cumplimiento de una serie de condiciones además de las citadas.

4. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes recibirán asistencia sanitaria sólo de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, o durante el embarazo, parto y postparto, a no ser que sean menores de 18 años, en cuyo caso recibirán asistencia en las mismas condiciones que los españoles.

5. Las personas que no tengan la condición de asegurados o beneficiarios podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial (se ha hablado de cuotas entre 711 y 1865 € al año, en función de la edad).

Las reacciones

1. En junio de 2012, es decir, después del Real Decreto-ley 16/2012 de 16 de abril y antes de que se publicaran en el BOE las especificaciones del Real Decreto 1192/2012, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) se posicionó mediante un documento titulado “*Per un Sistema Nacional de Salut d'accés universal, equitatiu i eficient*” (www.comb.cat/Upload/Documents/4305.PDF). En él, tras una introducción en la que se recuerda el compromiso mayoritario de los profesionales de la salud con los valores democráticos y con una sanidad pública, de acceso universal y de calidad y se reconoce la responsabilidad de todos los colectivos implicados (políticos, gestores, profesionales y usuarios), cada uno en su ámbito, para enderezar la malsana situación económica del sistema, desarrolla la crítica a los citados decretos, en base esencialmente a:

a) La aparente improvisación (*medidas urgentes*) y, sobre todo, la ausencia de debate con que se implementa una nueva normativa.

b) El retroceso que representa la reintroducción de los conceptos de *asegurado y beneficiario*, en relación a la Ley General de Sanidad de 1986, substituyendo al de *titular del derecho*, con todo lo que sugiere de cambio de modelo. A pesar de que la financiación sigue siendo a cargo de los presupuestos generales del Estado y, por lo tanto, no se puede decir que hayamos regresado al

sistema de seguro de salud, este cambio parece indicar, en el mejor de los casos, un olvido del principio moral que inspiró la Ley General de Sanidad y su substitución por otro de corte “comercialista” o contractual. En el peor de los casos, este cambio y su introducción en forma de Decreto-ley, sin previo debate, podría ser un paso intermedio para, por el mismo procedimiento, volver al sistema de seguro de enfermedad o una puerta abierta a limitar más la accesibilidad al sistema.

c) La contradicción entre el menosprecio de esta nueva normativa a las personas con mayor riesgo de enfermar, por su situación muchas veces marginal, y el objetivo de la sanidad pública de protección de la salud colectiva, que podría verse amenazada al carecer de tratamiento algunas enfermedades transmisibles de un sector de la población.

d) La limitación de la asistencia sólo a las urgencias va a causar, por una parte, una sobrecarga asistencial inasumible en servicios ya con frecuencia colapsados y, por otra, un retraso en el diagnóstico de algunas enfermedades, con el consiguiente aumento de los costes.

Finalmente, el COMB se compromete en este documento a emprender todas las acciones que la actual legislación reconoce a las corporaciones profesionales y a dar soporte a la iniciativas institucionales o individuales, con el objetivo de hallar soluciones adecuadas para mantener los valores fundamentales de nuestro sistema sanitario público, que son a la vez valores reconocidos en el código ético de la profesión.

2. El 10 de octubre de 2012, el *Comité de Bioética de Catalunya*, aprobó una declaración (www.gencat.cat), relativa a los citados decretos, en términos parecidos a los del documento del COMB, haciendo hincapié en el aparente cambio de modelo establecido sin debate ni transparencia, en la pérdida del carácter universal e igualitario del sistema, en los riesgos para la salud colectiva y para el buen funcionamiento de los servicios de urgencias y, no menos importante, la inquietud o franca oposición con que los profesionales ven la posibilidad de no poder atender a pacientes que acuden en demanda de atención sanitaria en estado de necesidad.

3. Especialmente el colectivo de médicos de asistencia primaria, personalmente o a través de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) han manifestado en gran número su intención de seguir atendiendo a los inmigrantes “sin papeles”.

4. Al menos ocho comunidades autónomas han decidido seguir atendiendo a los inmigrantes “sin papeles”, aunque en algún caso introduciendo medidas correctoras con el fin de evitar el llamado turismo sanitario. Es importante notar que el Tribunal Constitucional ha avalado la posición de una concreta de estas comunidades.

Referencias

- ◆ 1. Ley General de Sanidad (14/1986) de 25 de Abril. BOE, 1986, nº 102, 29 de Abril.
- ◆ 2. Ley Orgánica (4/2000), de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE, 2000, nº 10, 12 Enero 2000.
- ◆ 3. Ley 6/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE, 2003, nº128, 28 Mayo 2003.
- ◆ 4. del Llano J, Polanco C, García Armesto S. ¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español. Ed. ARGON, Madrid 2004.
- ◆ 5. Real Decreto-ley 16/1012, de 20 de abril, dde medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE, 2012, nº 98, 24 de abril 2012.
- ◆ 6. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Document: Per un Sistema Nacional de Salut d'accès universal, equitatiu i eficient. Juny 2012. www.comb.cat.
- ◆ 7. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE, 201, nº 186, 4 agosto 2012.
- ◆ 8. Declaració del Comitè de Bioètica de Catalunya. 10 octubre 2012. www.gencat.cat.