



MODELOS SANITARIOS Y CAPACIDAD DE RESPUESTA ANTE LOS RIESGOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hacia una universalidad en términos de acceso y gratuidad

Health models and response capacity to epidemiological risks.
Towards a universality in terms of access and free services

ISABEL MARÍA PÉREZ GÁZQUEZ
Universidad Católica de Murcia, España

KEYWORDS

Health care
Universality
Gratuity
Contagious
Public Health
Prevention
Exclusion

ABSTRACT

The health emergency caused by covid-19 has highlighted the importance of preventive measures to guarantee the health of the population. Also, that the universality of the health system, with free access for all people to these preventive activities, affects both individual and collective health, becoming an essential tool for carrying out adequate epidemiological surveillance. Therefore, the objective of this work is to expose the relationship between the breadth of this ownership and the effectiveness of these preventive public health measures against infectious and contagious diseases

PALABRAS CLAVE

Asistencia sanitaria
Universalidad
Gratuidad
Infectocontagiosas
Salud pública
Prevención
Exclusión

RESUMEN

La emergencia sanitaria producida por la Covid-19 ha puesto en evidencia la importancia de las medidas preventivas para garantizar la salud de la población. Asimismo, que la universalidad del sistema sanitario, con acceso gratuito para todas las personas a estas actividades preventivas, incide tanto en la salud individual como colectiva, convirtiéndose en una herramienta imprescindible para la realización de una adecuada vigilancia epidemiológica. Por ello, el objetivo de este trabajo es exponer la relación entre la amplitud de esta titularidad y la eficacia de estas medidas preventivas de salud pública ante las enfermedades infectocontagiosas.

Recibido: 22/ 05 / 2022

Acceptado: 27/ 07 / 2022

1. Introducción

La emergencia sanitaria producida por la enfermedad de la Covid-19 ha puesto en evidencia las graves deficiencias que algunos sistemas sanitarios -incluido el Sistema Nacional de Salud (SNS)- venían padeciendo por razones estructurales y de racionalidad económica, así como la necesidad de llevar a cabo transformaciones que permitan hacer frente a los nuevos retos derivados del envejecimiento poblacional, la sostenibilidad financiera, o la salud pública, entre otros. Igualmente, la importancia del reconocimiento de la prestación de asistencia sanitaria en términos de universalidad e integralidad para proteger el nivel de salud y bienestar de la ciudadanía, especialmente en el caso de las enfermedades infectocontagiosas, cuya lucha implica la necesidad de que todas las personas tengan reconocido el derecho a recibir asistencia sanitaria gratuita.

En lo que respecta las enfermedades infectocontagiosas y su protección, que es el objeto de este trabajo, téngase en cuenta que la globalización y constante tránsito de viajeros implica que sea inevitable la existencia de otros posibles y futuros riesgos de salud pública producidos por otras enfermedades infectocontagiosas distintas a la Covid-19, tanto inexistentes hasta la fecha como de carácter epidémico en otros países con servicios sanitarios más restrictivos o con menos recursos. Enfermedades que pueden ser importadas por sujetos que, según los criterios establecidos por cada sistema sanitario pudieran estar excluidos de la gratuidad de las prestaciones sanitarias y, por tanto, ser indetectables para los sistemas de vigilancia epidemiológica. De ahí, la necesidad de que se establezcan medidas coordinadas entre países, que den respuesta y cobertura a todas las posibles situaciones sanitarias que puedan surgir.

Así lo ha puesto de manifiesto Naciones Unidas, que afirma que “La salud es un derecho humano fundamental y la cobertura sanitaria universal es crucial para lograr la salud para todos” (Naciones Unidas, 2020, p. 2) y, en línea con la OMS (2021), insta a los líderes mundiales a adoptar medidas concretas para la consecución de una cobertura sanitaria universal gratuita para todos y en todas partes. De hecho, es preciso recordar que se trata de una finalidad que forma parte de la Agenda 2030 de Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, -ODS número 3-, que en su meta 3.8 establece como objetivo “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

En el mismo sentido, el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que en el componente 18: renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud, ha incluido a la universalidad y equidad como uno de los ámbitos clave para proteger a la ciudadanía ante futuros riesgos como los epidemiológicos. Ello, junto a otros ámbitos como el fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria; la reforma del sistema de salud pública; la consolidación de la cohesión; el refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad; y la reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios. El objetivo es preparar al SNS para abordar futuras amenazas como la derivada de la Covid-19 e incrementar las capacidades de salud pública y los sistemas de vigilancia epidemiológica (Gobierno de España, 2021).

Lo anterior, debido a que esta universalidad tradicionalmente ha venido siendo objeto de controversia entre quienes la defienden como parte esencial del Estado de Bienestar y los que argumentan la necesidad de establecer criterios de aseguramiento más restrictivos como medida de sostenibilidad. De hecho, en el ámbito internacional no todos los países cuentan con un sistema con cobertura sanitaria universal. Concretamente, al menos la mitad de la población mundial sigue sin tener cobertura completa de los servicios de salud esenciales, de manera que cerca de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza extrema por tener que hacer frente al pago de los servicios de salud, y más de 930 millones de personas -alrededor del 12% de la población mundial- gastan al menos un 10% de su presupuesto familiar para pagar los servicios sanitarios (OMS, 2021).

Universalidad entendida como una “Cobertura sanitaria universal cuyo objetivo es garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud que necesiten sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento” (OMS, 2013, p. 5).

Ahora bien, es preciso mencionar que el hecho de que el ordenamiento jurídico establezca el reconocimiento de su sistema sanitario como universal no necesariamente implica el derecho a recibir las prestaciones sanitarias de forma gratuita. Es decir, cuestión distinta es la universalidad vinculada al derecho de acceso a los servicios de salud para ser atendido y recibir las prestaciones sanitarias que se precisen, que equivale al derecho a la protección de la salud, que la gratuidad de sus prestaciones, que queda determinada según los requisitos establecidos legalmente para ello, que pueden coincidir con dicho espíritu de universalidad y vincularse al status de persona, o regirse por otros criterios de tipo más restrictivos como la residencia, nacionalidad, o profesionalidad, tal y como se expondrá a lo largo de las próximas páginas.

2. Objetivo y Método

Según lo expuesto anteriormente, el objetivo de estas líneas es analizar la relación entre la amplitud de la titularidad de las prestaciones sanitarias gratuitas y la eficacia de las medidas preventivas de salud pública para el abordaje de una enfermedad infectocontagiosa. Dicho de otro modo, si la capacidad del sistema sanitario para

hacer frente a futuras crisis sanitarias de carácter epidemiológico puede venir determinada por los criterios –de universalidad o aseguramiento- establecidos legalmente para configurar el sistema sanitario.

La metodología utilizada es la propia de un artículo de revisión, basada en el análisis de los criterios legales utilizados por el derecho comparado para configurar el acceso a la asistencia sanitaria gratuita, en contraste con los protocolos de actuación en materia sanitaria preventiva para el abordaje de las enfermedades infectocontagiosas. Ello, a partir de las fuentes legislativas sanitarias y los datos e información procedente de diversos organismos como la Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas, o el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

3. Resultados

Aunque se reconozca el derecho universal de acceso a los servicios sanitarios públicos para recibir la asistencia sanitaria que sea precisa para conservar o restablecer la salud, no hacerlo en términos de gratuidad de las prestaciones, a efectos prácticos implica negar el propio derecho de acceso para algunos colectivos, según su capacidad económica. Situación que, dependiendo del estado clínico y patología, puede producir graves repercusiones tanto para la salud del sujeto excluido como para la colectividad, tal y como ocurriría si la afección por la que se necesita asistencia sanitaria es una enfermedad infectocontagiosa.

Con relación a las enfermedades infectocontagiosas, cabe señalar que su propia naturaleza sitúa a las actividades preventivas y de educación para la salud como las herramientas centrales y básicas para su abordaje, tanto de forma previa a su aparición como una vez producido un determinado brote. Ahora bien, es indispensable tener en cuenta que para que estas medidas sean realmente eficaces y no se produzcan fallos en los sistemas de alerta y vigilancia epidemiológica es necesario incluir en ellas a la totalidad de las personas, sin excepciones. Es decir, la correcta vigilancia epidemiológica de estas enfermedades exige que toda persona tenga garantizado el derecho a recibir asistencia sanitaria gratuita tanto en términos preventivos como terapéuticos, pues en el primero de los casos, la ausencia de vacunación u otra actuación preventiva puede convertir al excluido/a en portador/a de una enfermedad y paciente cero del inicio de un contagio masivo y, en el segundo, la ausencia de tratamiento médico sobre el portador de la enfermedad -además de las graves repercusiones para su propia salud y bienestar-, puede suponer un aumento del riesgo de contagio para otros y convertirse en un problema de salud pública.

Podría pensarse que, al margen de la configuración del sistema sanitario de cada país, ante situaciones como la acaecida con la Covid-19 los Estados pueden declarar la gratuidad de las prestaciones preventivas y de salud pública para toda la ciudadanía, incluidas pruebas de diagnóstico, vacunación, o incluso la propia asistencia médica en caso de necesitarse. Si bien, se trataría de medidas excepcionales que actuarían a posteriori, es decir, una vez declarado el riesgo epidemiológico y durante su pervivencia, pero que al dejar de lado la atención permanente realizada desde la Atención Primaria a cada paciente público, no servirían para prevenir o evitar la aparición de nuevos y futuros riesgos epidemiológicos que puedan tener su origen en una persona excluida de dicha prestación de forma gratuita.

Luego, según lo planteado, el diseño y los criterios de inclusión del modelo sanitario de cada país influyen en la salud del conjunto de la población.

4. Discusión: capacidad preventiva del SNS ante las enfermedades infectocontagiosas: universalidad vs aseguramiento

4.1. Titularidad de la asistencia sanitaria. Universalidad vs aseguramiento

La configuración de la titularidad de un derecho puede ser llevada a cabo mediante distintos criterios como el estatus de persona, ciudadanía, profesionalidad, o cualquier otro de tipo más restrictivo. La elección de uno u otro depende en gran medida de la categorización o tipo de derecho de que se trate (Aparicio Wilhelmi, y Pisarello, 2008, pp. 144-146). Por ello, cuando se hace mención de la titularidad de la asistencia sanitaria, la confrontación de criterios suele producirse entre los que defienden su universalidad, es decir, su reconocimiento para todas las personas, y los que defienden criterios de tipo más restrictivo.

Ahora bien, tal y como ya se ha expuesto, es preciso tener en cuenta que distinta es la titularidad del derecho a recibir asistencia sanitaria de la titularidad referida a su gratuidad. O, dicho de otro modo, la titularidad de la protección de la salud, que equivale a un derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos para recibir las prestaciones que sean precisas para conservar o restablecer la salud, de la titularidad de las prestaciones sanitarias gratuitas según la configuración legal existente en torno a ello.

De hecho, desde la normativa internacional lo que se reconoce es el derecho al más alto nivel de bienestar y la obligación de los Estados de llevar a cabo cuantas acciones sean necesarias para garantizar su efectividad, pero deja libertad a los Estados para configurar sus sistemas sanitarios. Es decir, se configura como norma de mínimos el derecho de todas las personas a recibir la atención sanitaria en los términos y condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales (art. 22 Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948; art. 12 Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966; art. 11 Carta Social Europea de 18 de octubre, 1961; art. 35 Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000).

De este modo, todas las personas tienen reconocido de forma universal el derecho de acceso a los servicios públicos, pero a efectos de gratuidad de las prestaciones su catalogación como pacientes públicos o privados depende de si cumplen o no con los requisitos de inclusión establecidos en tal sentido por cada sistema sanitario. Así, los primeros tienen derecho a recibir las prestaciones sanitarias de forma gratuita según la cartera de servicios, mientras que los segundos tienen derecho a recibir estas prestaciones, en igualdad de condiciones que los pacientes públicos, pero están obligados al pago de las mismas, ya sea de forma directa o través de un tercero obligado al pago como puede ser: el Estado de afiliación a la Seguridad Social, en el caso de un extranjero que pueda exportar el derecho a la asistencia sanitaria; una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuando la asistencia sanitaria tengan como causa una contingencia laboral; o un seguro privado (art 83 LGS y Anexo IX RD 1030/2006). Por tanto, el núcleo de análisis para determinar el alcance de las prestaciones a las que los ciudadanos tienen derecho en términos de gratuidad radica en la configuración legal de estos requisitos de acceso gratuito.

Desde la perspectiva de quienes defienden su reconocimiento como un derecho de titularidad universal se argumenta que el derecho a recibir asistencia sanitaria gratuita forma parte de las coberturas básicas y esenciales que toda persona necesita para poder vivir en condiciones de dignidad. Es decir, se arguye que, dado que un adecuado nivel de salud es un elemento necesario y a la vez condicionante de la satisfacción de la vida en condiciones de dignidad, e incluso de otros derechos fundamentales como el derecho a la integridad física y moral y la propia vida, su reconocimiento ha de ser universal y sin exclusiones, tal y como ocurre con los derechos humanos y los derechos fundamentales (Añón et. al. 2004; Pisarello, 2006; Monereo, 2017; Beltrán, 2012; Pemán, 2005).

Sin embargo, existen otras posturas que niegan este reconocimiento universal y alegan que la amplitud de su titularidad debe ser matizada por otros elementos, de manera que tan sólo se reconozca a determinados grupos o estatus administrativos según requisitos de inclusión como: la beneficencia, la profesionalidad, la nacionalidad, la residencia legal, o la vecindad asociada al empadronamiento u otros criterios como un tiempo mínimo de permanencia en el territorio en el que se pretenda recibir asistencia sanitaria (Lucas, 2003, p. 48).

En esta línea, y en relación con la beneficencia se defiende que, dado que los recursos económicos son limitados, el derecho a recibir asistencia sanitaria gratuita ha de ser reconocido tan sólo a aquellas personas o grupos que se encuentren en situación de inferioridad y desigualdad frente a otros grupos de personas y no puedan satisfacer por sí mismas las necesidades que dichos derechos protegen. El objetivo es tratar de forma desigual a los desiguales como vía para evitar perpetuar la desigualdad, pues lo contrario, es decir, el reconocimiento universal tanto para quienes tienen medios económicos como para los que no, supone una potenciación aún mayor de las desigualdades. Luego, la base de este argumento es la lucha contra la exclusión y vulnerabilidad de determinados grupos, así como la sostenibilidad del sistema sanitario (Peces, 1998).

Asimismo, otro elemento tradicionalmente utilizado en la configuración del derecho a la protección de la salud es el de profesionalidad, que reconoce el derecho a las prestaciones sanitarias gratuitas a través de la vinculación con la actividad laboral. Propio de la época de los seguros sociales y sistemas de Seguridad Social contributivos. Igualmente, el criterio privatista o de libre mercado, que catalogaba la protección de la salud como una cuestión privada concerniente tan sólo al individuo y no al Estado.

Tanto la configuración de un sistema sanitario basado en la técnica de la universalidad como de otros criterios de aseguramiento más restrictivos suponen la existencia de ventajas e inconvenientes dependiendo de los objetivos o fines que se quieran alcanzar.

Desde la perspectiva de la amplitud del marco protector del sistema sanitario, la configuración de un sistema basado estrictamente en el aseguramiento vinculado a criterios contributivos o de residencia legal, implica la protección tan sólo de aquellas personas que cumplan con tales requisitos, excluyendo a quienes no los cumplan. Es el caso, por ejemplo, del sistema basado en criterios de profesionalidad, que incluye a aquellas personas que tienen o han tenido un vínculo con el sistema de Seguridad Social a través de la afiliación, alta y cotización derivada del desempeño de la actividad laboral, pero excluye al resto, ya sea por no haber accedido nunca al mercado laboral y tener una edad superior al límite que permite ser beneficiario de un asegurado, o por haber perdido el trabajo y no tener la consideración de titular de ninguna prestación. Problemática que, si bien puede pasar inadvertida en determinadas épocas o países, en situaciones coyunturales que afectan al empleo o en países con altas tasas de desempleo, supone la exclusión de amplios colectivos.

De otro lado, resulta claro que la configuración de un sistema universal en términos absolutos es el que más ventajas ofrece desde una perspectiva garantista de la protección de la salud de las personas, pues supone la inclusión en el sistema de toda la población sin ningún otro requisito o condicionante. Si bien, la principal desventaja que presenta es la dificultad económica que ello representa para las arcas públicas de cada Estado, ya que implica que cualquier persona puede recibir gratuitamente las prestaciones sanitarias con independencia de si contribuye o no a su financiación a través de cotizaciones o impuestos. Por tanto, se trata de un sistema que ofrece grandes garantías desde el punto de vista de la protección de la ciudadanía, pero posibles perjuicios desde el punto de vista de la sostenibilidad de los recursos financieros.

De este modo, la configuración de un modelo sanitario u otro implica la opción entre priorizar la sostenibilidad financiera del sistema sanitario sobre la salud de las personas, o potenciar la seguridad y protección de las personas, aún a riesgo de poner en peligro la sostenibilidad del sistema. Así, el núcleo de análisis radica en determinar si la aplicación de criterios restrictivos y, por tanto, excluyentes para algunos colectivos, resulta proporcional con los beneficios a obtener. O, dicho de otro modo, si las repercusiones para la salud individual del sujeto excluido, e incluso para la propia colectividad, tal y como ocurre con las enfermedades de naturaleza infectocontagiosa, son proporcionales al ahorro económico que producen.

4.2. Modelos de sistemas sanitarios. Especial referencia al entorno europeo

En línea con los cambios sociopolíticos y el triunfo del Estado de Bienestar han sido diversos los sistemas públicos de salud que los Estados han ido diseñando para proteger la salud de sus ciudadanos, tanto en la esfera individual como colectiva. Señalar que, con carácter previo, los principios del liberalismo clásico consideraban que la protección o restitución de la salud era una cuestión privada concerniente tan sólo al propio individuo y, por tanto, el Estado no prestaba asistencia pública alguna para proteger la salud individual de sus ciudadanos. Sin embargo, sí se llevaban a cabo actuaciones de protección de la Salud Pública en su ámbito preventivo -relacionado con el control de epidemias y medidas preventivas para evitar la transmisión y propagación de las enfermedades-. Hecho que pone de manifiesto la importancia de este tipo de herramientas para proteger la salud de la población (Álvarez, 1994, p. 31).

Según lo anterior, la proclamación del Estado social o del bienestar, que se traduce en la protección social y bienestar básico de los ciudadanos y “la responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel mínimo de vida a todos los ciudadanos pertenecientes a la comunidad política” (Monereo, 1996, p. 25), supuso que los Estados comenzaran a implantar diversas fórmulas para dar protección a la salud de la población en su doble dimensión, estableciéndose así las bases de los actuales sistemas públicos de salud. Todo ello, teniendo en cuenta que en la medida en la que las instancias internacionales o europeas tan sólo se limitan a coordinar y/o subsidiariamente completar la acción de los Estados que no puedan alcanzar los fines perseguidos (artículo 153.4. del Tratado Fundacional de la Unión Europea), éstos son autónomos para configurar su propio sistema de protección. Así, nos encontramos ante distintos modelos cuyas bases y características se contraponen (Elola, 1994, p. 2; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, pp. 13-14):

Sistema Bismarck, profesional o continental. Alemania, 1881. Basado en el concepto de cajas de enfermedad y aseguramiento, orientado hacia la clase trabajadora a través de la implantación de un seguro obligatorio de naturaleza contributiva y financiación tripartita -mediante aportación del Estado y cuotas del empresario y del trabajador-. Por tanto, “toma como referencia la idea de solidaridad social como instrumento de igualdad o de justicia social pero tan sólo entre las clases trabajadoras” (Vida, 2009, p. 21). Asimismo, en este tipo de modelo sanitario prevalece la gestión de tipo indirecto, con gran participación de la gestión privada y las técnicas de concierto o de reembolso de gastos sanitarios. Propio de países como: Alemania, Bélgica, Francia, Eslovenia, Austria, Hungría, Lituania, Malta, Holanda, Luxemburgo.

Sistema Beveridge, universal o atlántico. Reino Unido, 1942. Para este modelo el estado de necesidad puede darse por igual para toda la población con independencia de que realicen o no una actividad laboral. Por tanto, es de naturaleza igualitaria, universalista-no contributivo, protector de toda la población por igual y financiado a través del pago de impuestos y presupuestos generales, lo que supone que la proporción de los ingresos destinados a la sanidad depende en gran parte del grupo político que gobierne y la partida presupuestaria asignada a tal efecto en los presupuestos generales del Estado. Es el modelo propio de los Sistemas Nacionales de Salud, en los que la asistencia es prestada por el Estado de forma directa. Propio de países como: España, Dinamarca, Chipre, Estonia, Letonia, Grecia, Irlanda, Islandia, Finlandia, Suecia, Noruega, Italia, Portugal y Reino Unido.

Sistema Liberal de Mercado. Basado en la gestión privada, el pago directo, la libre elección de médico y la ley de oferta y demanda. Propio de Estados Unidos.

Sistema de Asistencia Pública y Beneficencia. Cubre servicios mínimos y actuaciones de Salud Pública cuya provisión es llevada a cabo mediante voluntarios. Orientado a la población sin recursos. Propio de los países pobres.

Por otra parte, es importante mencionar que, al margen de la idea de solidaridad pública, dependiendo de la configuración realizada por cada país de su sistema sanitario, pueden existir copagos.

De esta forma, en nuestro entorno se distinguen dos tipos de estructuras sanitarias de carácter público integradas en el sistema de Seguridad Social. Las basadas en el aseguramiento de tipo profesional-contributivo y las universalistas (Alonso-Olea García, B., 2016, p. 406).

No obstante, se ha producido una tendencia de tránsito del tradicional seguro obligatorio de enfermedad a los sistemas nacionales de salud, conviviendo ambos a día de hoy, con sistemas caracterizados por tener rasgos tanto de uno como de otro modelo por lo que, en la práctica, gran parte de ellos son de naturaleza mixta. Así, el entorno europeo se caracteriza por la existencia de sistemas que, lejos de basarse en un modelo europeo o mundial de asistencia sanitaria, cuentan con importantes diferencias en materia de financiación, gestión y configuración de

las prestaciones entre unos y otros países(Olea, 2016, pp. 403-417).De hecho, al margen de uno u otro sistema pueden existir sistemas de copago asociados a algunas prestaciones, tal y como se expondrá a continuación, dónde se refleja que todos los países, incluido España, establecen sistema de copago para la prestación farmacéutica. Por tanto, no existe ningún sistema que ofrezca cobertura universal gratuita de forma integral para todas las prestaciones de su cartera de servicios.

Tabla 1. Copago en los sistemas sanitarios del entorno europeo

PAÍSES	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA	INGRESO HOSPITALARIO	PRUEBAS LABORATORIO	FARMACIA
Alemania	No	No	Sí	No	Sí
Austria	No	No	Sí	No	Sí
Bélgica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bulgaria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Chipre	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Croacia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Dinamarca	No	No	No	No	Sí
Eslovaquia	No	No	No	No	Sí
España	No	No	No	No	Sí
Estonia	No. Copago en visita domiciliaria	Sí	Sí	No	Sí
Finlancia	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Francia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Grecia	No	No	Sí	No	Sí
Hungría	No	No	No	No	Sí
Irlanda	Sí	Sí, en consulta no planificada	Sí	No	Sí
Italia	No	Sí	Sí	No	Sí
Letonia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Lituania	No	No	No	No	Sí
Luxemburgo	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Malta	No	No	No	No	Sí
PaísesBajos	No	No, después de sobrepasado el deducible general	No, después de sobrepasado el deducible general	No, después de sobrepasado el deducible general	Sí
Polonia	No	No	No	No	Sí
Portugal	Sí, aunque más del 60% de la población está exenta	Sí, aunque más del 60% de la población está exenta		Sí, aunque más del 60% de la población está exenta	Sí
ReinoUnido	No	No	No	No	Sí
Rep. Checa	No	No	No	No	Sí
Rumania	No	No	Sí	Sí, algunaspruebas	Sí
Suecia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Ministerio de Sanidad (2019).

4.3. El sistema Nacional de Salud en España

El artículo 43 CE realiza un genérico reconocimiento del derecho a protección de la salud de los ciudadanos (art. 43.1 CE) y de la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas, prestaciones y servicios que sean necesarios (art. 43.2. CE), así como de fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte (art. 43.3. CE). Artículo cuyo alcance y contenido han sido objeto de interpretación tanto por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (TC) como por la doctrina, habiendo señalado el TC que la Constitución no establece un concepto y modelo único de protección sanitaria, de modo que se trata de un derecho de estricta configuración legal que precisa de desarrollo legislativo para determinar

su contenido y estructura (SSTC 65/1987, de 21 de mayo -rec. 222/1984-; 206/1997, de 27 de noviembre -rec. 1.181/87 y 1.190/87; 84/2013, de 11 de abril -rec. 7837/2006; 139/2016, de 21 de julio -rec. 4123/2012-).

Según lo anterior, la prestación de asistencia sanitaria se configura como una prestación incluida en el catálogo de prestaciones de Seguridad Social (art. 42 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social), pero ejecutada a través de otro sistema autónomo e independiente, el Sistema Nacional de Salud (SNS), cuyas bases, principios rectores y medios que orientan las actuaciones de los poderes públicos fueron establecidos por la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, -de ahora en adelante LGS-. Ley que ocasionó el “tránsito desde el antiguo modelo sanitario de Seguridad Social al actual modelo del SNS” (Navarro, 2013, p. 330), cuya regulación se ve completada por lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud -de ahora en adelante LCCSNS- y la Ley 33/2011, General de Salud Pública, de 4 de octubre -de ahora en adelante LSP-, entre otras. Por tanto, se trata de una prestación cuyo marco jurídico se conforma tanto por disposiciones de Seguridad Social como de legislación estrictamente sanitaria.

Así, se establecen como principios básicos la universalidad; integralidad de la asistencia, orientada prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades; igualdad de acceso, y financiación pública (art. 3 y 46 LGS). Igualmente, se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un procedimiento organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica (art. 8 LGS).

4.3.1. Universalidad de acceso, pero no de gratuidad

En primer lugar, cabe señalar que la LGS supuso un punto de inflexión con respecto al modelo precedente, pues en lugar de mantener la tradicional técnica de aseguramiento vinculada únicamente a criterios contributivos, optó por la configuración de un sistema basado en un principio de universalidad, aunque no con carácter absoluto, pues distingue entre las mencionadas universalidades. Es decir, entre la universalidad de acceso a los servicios sanitarios públicos, que es reconocida según el estatus de persona (arts. 6.4. y 16) y la universalidad a efectos de gratuidad y financiación pública, que es reconocida a toda la población española (art. 3.2.) según su progresivo y expreso reconocimiento en los instrumentos legales pertinentes-disposición transitoria quinta-. Por tanto, lejos de ser aplicable de manera inmediata, dicha universalidad es reconocida como un principio rector del resto de la legislación positiva en la materia, que es la que determina y configura su alcance.

Según lo anterior, y en lo que respecta a la situación actual, mencionar que el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, de acceso universal al Sistema Nacional de Salud derogó la técnica de aseguramiento de la norma precedente – Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones¹, y a través de una nueva modificación del artículo 3 LCCSNS configura un sistema basado en el principio de universalidad, pero nuevamente, distinguiendo entre el derecho de acceso, que es reconocido de forma universal, y la gratuidad de las prestaciones, que queda supeditada al cumplimiento de determinados requisitos en función de la nacionalidad o situación administrativa en territorio español, cuyo denominador común es la situación de residencia habitual -tanto en situación de legalidad como irregularidad administrativa-; la inexistencia de un tercero obligado al pago; y en el caso de los extranjeros, que no exista la obligación de acreditar la cobertura de la prestación sanitaria por otra vía o no tengan derecho a exportar las prestaciones sanitarias. Asimismo, con respecto a los inmigrantes irregulares se establece también la posibilidad de que reciban asistencia sanitaria durante la situación de estancia, siempre que así lo determinen los servicios sociales competentes.

1 Este Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril supuso la interrupción del espíritu universalista definido por la LGS y el retroceso a otras épocas precedentes, pues procedió a la modificación del artículo 3 LCCSNS y a la configuración de un modelo sanitario basado en el aseguramiento según criterios de profesionalidad y vinculación con el sistema de Seguridad Social, que dejaba la vía no contributiva como subsidiaria, mediante la acreditación de la situación de residencia en territorio español en términos de legalidad y habitualidad –tanto para españoles como para extranjeros-. Este sistema supuso la exclusión del derecho a recibir asistencia sanitaria gratuita de determinados colectivos o, mejor dicho, la ampliación del número de colectivos que quedaban excluidos. Esto, debido a que, a pesar del referenciado desarrollo legislativo en pro de la universalidad, en la medida en la que se mantuvieron vigentes el resto de las disposiciones de Seguridad Social que vinculaban el derecho a la prestación de asistencia sanitaria a principios contributivos, y que la vía no contributiva fue configurada de forma subsidiaria y supeditada a la acreditación de ausencia de recursos económicos, tal universalidad nunca llegó a ser una realidad. Así, el régimen jurídico de aseguramiento establecido por el citado RD 16/2012 suponía la desprotección de los siguientes colectivos: españoles o extranjeros, mayores de veintiséis años, en situación de residencia legal en España que no hubieran cotizado nunca a la Seguridad Social y que abandonaran el territorio español durante un período superior a noventa días en un año natural, motivo por el que perdían la condición de residente habitual; extranjeros irregulares mayores de 18 años; según el criterio del INSS, avalado por la STS, Sala de lo Social, de 13 de mayo de 2019 -rec. 1068/2018-, los extranjeros con autorización de residencia legal en situación no contributiva. De esta manera, se produjo un aumento de los colectivos excluidos con respecto al régimen jurídico precedente, que tan sólo excluía a quienes sin cumplir con los requisitos de la vía contributiva, tuvieran ingresos superiores al salario mínimo interprofesional. Esto supuso que tales sujetos tan sólo tuvieran derecho a recibir asistencia sanitaria gratuita según lo previsto en el artículo 3 ter, es decir, en situación de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que fuese su causa y por razón de asistencia al embarazo, parto y postparto. Por tanto, tenían derecho a recibir asistencia terapéutico-curativa pero no preventiva. Todo ello, con la salvedad de los menores de edad, a los que se les reconocía el derecho a ser asistidos en las mismas condiciones que a los españoles.

Ahora bien, hay que advertir que su aplicación práctica conlleva diversas problemáticas desde la perspectiva de la acreditación de tales requisitos, pues la norma estatal se limita a realizar una remisión a las Comunidades Autónomas para que sean éstas las que determinen el procedimiento para ello. Técnica jurídica que se traduce en graves situaciones de desigualdad interterritorial, según los criterios utilizados por unas u otras. Por otro lado, el principal problema del que adolece el nuevo modelo es que a pesar de estar basado en la idea de universalidad, no ha tenido en cuenta la casuística de que determinadas personas no puedan acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos-tal y como diversas organizaciones no gubernamentales han indicado que ocurre con la acreditación del certificado de imposibilidad de exportación de las prestaciones sanitarias desde el país de origen, o con la autorización de los servicios sociales para recibir asistencia sanitaria durante la situación de estancia- (REDER, 2018), y no ha regulado ningún sistema de mínimos que les garantice una asistencia sanitaria gratuita ante situaciones de urgencia o en los mismos parámetros que hacía el anterior artículo 3 ter. Luego, al margen de tratarse de una norma cuyo fin es la universalidad de las prestaciones sanitarias gratuitas para toda la población -en situación de legalidad o no-, en la práctica, puede suponer que existan personas que se encuentren en una situación de desprotección incluso mayor a la existente durante la vigencia del RD-Ley 16/2012. Si bien, residualmente. Por tanto, la prestación de asistencia sanitaria del sistema español es de carácter universal a efectos de financiación y acceso a los servicios sanitarios, pero la gratuidad de sus prestaciones queda supeditada a la acreditación de determinados requisitos cuyo criterio para entenderse cumplido ni siquiera ha sido concretado por la norma estatal.

En suma, todos los ciudadanos -españoles o extranjeros- tienen reconocido el derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos españoles, en igualdad de condiciones, siendo el título jurídico por el cual acceden a la misma el elemento delimitador de la gratuidad o no de dichos servicios.

4.3.2. Integralidad de la asistencia sanitaria

Como se ha dicho, una de las características del SNS definidas en la Ley General de Sanidad es la integralidad de la asistencia sanitaria, entendida ésta como un conjunto de acciones encaminadas a la protección de salud que incluye tanto la asistencia curativa como la preventiva y la rehabilitadora. Es decir, no sólo se incluye la asistencia ante la enfermedad, sino que se incluye también toda acción de promoción o prevención de la salud para evitar o reducir el riesgo de su aparición. Ello, a través del catálogo de prestaciones y servicios determinado por la norma.

Este catálogo de prestaciones y servicios incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud, organizadas en diferentes carteras -Cartera Común Básica, Común Suplementaria y Accesorias-. Así, las prestaciones incluidas son las relativas a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. Todo ello, sin perjuicio de las posibles ampliaciones y mejoras que las distintas CCAA puedan llevar a cabo en sus respectivos territorios (art. 6 y 18 LGS y art. 7 y ss LCCSNS y RD 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización).

En relación con el tema objeto de estas líneas, las enfermedades infectocontagiosas, es decir, aquellas en las que se da un proceso infeccioso a través de una cadena epidemiológica -constituida por un agente causal, un mecanismo de transmisión y el huésped susceptible-, cabe hacer especial mención a la cartera de servicios comunes de salud pública, teniendo en consideración que se trata de una prestación que engloba al conjunto de acciones llevadas a cabo por las administraciones públicas, en este caso a través de la Atención Primaria, para preservar, proteger y promover la salud de la colectividad (Anexo I RD 1030/2006). Es decir, distinta es la dimensión individual de la salud que la colectiva, pues si la primera está referida a cada persona, la salud colectiva es el “conjunto de condiciones mínimas de una población determinada que los poderes públicos tienen la obligación de garantizar y proteger” (Real Academia de la Lengua Española, RAE), o “la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad” (Wislow, 1920).

De este modo, los poderes públicos se encuentran obligados a llevar a cabo toda acción o estrategia que sea necesaria para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud tanto de las personas consideradas individualmente como de la colectividad. Ello, a través del diseño e implementación de políticas de salud que incluye la valoración del estado de salud de la población; el desarrollo de políticas de salud para la protección de riesgos para la salud, prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones, y promoción de la salud; o el seguimiento y evaluación de riesgos. Asimismo, la información y vigilancia epidemiológica, incluida la asociada a los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Actividad que, junto a las acciones preventivas, sin duda cobra especial relevancia en el ámbito de las enfermedades infectocontagiosas.

Esta red de vigilancia epidemiológica para la recogida de datos relativos a los factores de riesgo sobre la salud, su registro y análisis fue creada a través del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se creó la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica que, entre otras medidas, estableció el Sistema EDO de Enfermedades de Declaración Obligatoria, que supone la obligatoriedad de declaración de los nuevos casos de las enfermedades

catalogadas como tales por parte de los médicos en ejercicio, incluida la covid-19. Concretamente, en este caso, se establece como protocolo la obligatoriedad de declarar a los servicios de vigilancia epidemiológica de Salud Pública de las CCAA los casos sospechosos y confirmados detectados en la atención primaria, la hospitalaria del sistema público y privado, y los servicios de prevención.

Es innegable que toda actividad preventiva que evite o reduzca la aparición de enfermedades, así como un diagnóstico y tratamiento precoz son de vital importancia para la curación o evitación de su cronicidad y para el mantenimiento del máximo bienestar posible de la población. Para ello, la medicina preventiva lleva a cabo distintos tipos de medidas según la fase o estado de salud-enfermedad en el que se encuentre la persona -prepatológica o patológica (dividida en un período de incubación asintomático y en otro clínico)-. Así, se distingue entre prevención primaria; secundaria y terciaria (Llorca et al, 2016).

Desde la perspectiva de las enfermedades infectocontagiosas, es de vital importancia el primero de los niveles preventivos, que está orientado a disminuir la incidencia de la enfermedad mediante la identificación precoz de los factores o conductas de riesgo y fortalecimiento de los elementos protectores para impedir o disminuir la probabilidad de aparición en el periodo prepatológico, es decir, en el período en el que el individuo está sano. Por tanto, centra sus actividades, tanto preventivas -vacunación- como de promoción de la salud -campañas informativas y educativas para la reducción de la transmisión- sobre los individuos sanos como herramienta para evitar la aparición del período patológico o inicio de la enfermedad.

En línea con lo anterior, resulta también fundamental para el tratamiento y contención de estas patologías el segundo de los niveles de prevención, en este caso a través de acciones orientadas a otra fase de la enfermedad, ya que se centran en la detección precoz como instrumento para detener su desarrollo en fase preclínica, es decir, en la fase patológica de incubación o período asintomático. Se trata, por tanto, de un nivel que actúa con medidas como el screening a los posibles sujetos infectados cuyo objetivo, además de la detección precoz y, con ello, la aplicación del tratamiento y medidas de aislamiento o contención sobre la persona infectada-agente portador para evitar la propagación de la enfermedad, sirve de cuantificación de su incidencia. Luego, la actividad asistencial llevada a cabo sobre un enfermo-portador constituye, a su vez, una medida de prevención de la salud para la colectividad.

De este modo, los mecanismos diagnósticos para el abordaje de la covid-19 como las pruebas serológicas, de antígenos o PCR forman parte de este sistema de prevención. Igualmente, la vacunación, que es la principal y más eficaz medida preventiva ante la gravedad de la enfermedad de la covid-19 utilizada hasta la fecha.

Por supuesto, forman también parte de esta actividad preventiva el conjunto de medidas de lavado de manos, distancia entre personas, uso de mascarillas, entre otras, que en sentido estricto forman parte de la llamada Educación Sanitaria. Es decir, del conjunto de medidas que los servicios públicos de salud llevan a cabo para capacitar a la ciudadanía en el cuidado de su salud (Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad. 2020).

Luego, la educación sanitaria, las medidas de prevención, y la vigilancia epidemiológica constituyen elementos clave para la disminución de los riesgos para la salud y la potenciación del bienestar y nivel de salud del individuo y la comunidad. Si bien, es preciso considerar que la viabilidad o eficacia de tales instrumentos dependen o se ven fuertemente influenciadas por otras características del modelo sanitario como la amplitud de la gratuidad de las prestaciones.

5. Conclusiones

No todos los países configuran su modelo sanitario en términos de universalidad ni reconocen el derecho a la asistencia sanitaria gratuita según el estatus de persona, de modo que existen colectivos que, a efectos prácticos, no tienen garantizado el acceso a las prestaciones sanitarias que en su caso resulten necesarias para conservar o restablecer la salud, pues el derecho de acceso a los servicios sanitarios sin el reconocimiento gratuito de dichas prestaciones supone que determinadas personas no puedan recibir asistencia sanitaria por no poder asumir su coste. O, dicho de otro modo, no reconocer la universalidad a efectos de gratuidad, en términos efectivos implica negar el propio derecho de acceso, según colectivos y sus capacidades económicas. Situación que, dependiendo del estado clínico y patología, puede producir graves repercusiones tanto para su propia salud como para la colectividad, tal y como ocurriría si la patología por la que se necesita asistencia sanitaria es una enfermedad infectocontagiosa.

No incluir un sistema de mínimos prestacionales gratuitos para todas las personas -que incluya, como mínimo, la prestación de salud pública y la atención primaria- como medida de sostenibilidad, ni contribuye a la reducción del gasto, pues éste se traslada a los servicios de urgencias, ni permite la existencia de un adecuado sistema de prevención y alerta ante las enfermedades infectocontagiosas. Algo que, además de los riesgos para la salud individual de las personas excluidas, contribuye a incrementar los riesgos para la salud pública y los gastos sanitarios extraordinarios asociados a la aparición nuevos brotes epidemiológicos. Por tanto, el mecanismo más eficaz para garantizar la protección de la salud de todas las personas y la sostenibilidad del Sistema sanitario es invertir en sanidad y reconocer la universalidad de la asistencia sanitaria, tanto a nivel de acceso como de gratuidad, de al menos unas prestaciones mínimas. Ello, a nivel global y en términos de cooperación y solidaridad entre países, pues no es posible abordar la salud pública de un determinado territorio sin considerar la acción internacional como parte de ella.

Referencias

- Alonso Olea García, B. (2016). Las prestaciones sanitarias en el Derecho de la Unión Europea. *Revista Derecho y Salud*, 26, (1), 403-417.
- Álvarez Nebreda, C. (1994). *Administración Sanitaria y Sistemas de Salud*, Madrid, Síntesis.
- Añón Roig, M.J. et al. (2004). *La universalidad de los derechos sociales: el reto de la inmigración*, (Dir. De Lucas Martín, J.), ed. Puv, Valencia.
- Aparicio Wilhelmi, M. y Pisarello, G. (2008). Los derechos humanos y sus garantías: nociones básicas, en AAVV. *Los derechos humanos en el S XXI: continuidad y cambios*, (Dir. Bonet Pérez, J. y Sánchez V.M.), ed. Huygens, Barcelona.
- Belgran Aguirre, J.L. (2012). Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Análisis crítico en relación con los derechos ciudadanos y las competencias autonómicas. *Revista Aranzadi Doctrinal*, 3, 191-207.
- De Lucas, J. (2003). Inmigración y globalización. Acerca de los presupuestos de una política de inmigración, en AAVV. *Inmigración y ciudadanía. Perspectivas socio jurídicas*, (Coord. Martínez de Pisón J.M. y Giró J.), Universidad de La Rioja, Logroño.
- Elola Somoza, J. (1994). *El Sistema de Protección de la Salud en España. Documento de trabajo. Ministerio de Sanidad y Consumo*, Madrid, Fundación empresa pública.
- Gobierno de España. (2021). Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, 2021.
- Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad. (2020). *Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de la covid-19*.
- Llorca Díaz, J. et al. (2016). Bases generales para la prevención y control de las enfermedades transmisibles, en AAVV. *Medicina Preventiva y Salud Pública*, (Dir. Piedrola Gil, G.),ed. Elsevier Masson, Barcelona, 12^a, 515-527.
- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2013). *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea: características e indicadores de salud*. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.
- Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social (2019). *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf
- Monereo Pérez, J.L. (1996). *Derechos sociales de la ciudadanía y ordenamiento laboral*, Madrid, Consejo Económico y Social, AAVV. *El sistema universal de los derechos humanos. Estudio sistemático de la declaración universal de los derechos humanos, el pacto internacional de derechos civiles y políticos, el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales y texto internacionales concordantes*, Monereo Atienza, C. y Monereo Pérez J.L. (Ed). Granada, Comares, 608-612.
- Monereo Pérez, J.L. (2017). Derecho a la protección de la salud. Artículo 11 de la Carta Social Europea, en AAVV. *La garantía multinivel de los derechos fundamentales en el Consejo de Europa*, (Dir. y Coord. Monereo Atienza, C. y Monereo Pérez, J.L.), ed. Comares, Granada, 597-598.
- Naciones Unidas. (2020). *Informe de políticas: la covid-19 y la cobertura sanitaria universal*.
- Navarro Espejo, A.J. (2013). *Tratado de Derecho Sanitario*, Cantero Martínez J., Larios Risco, D. y Palomar Olmeda, A. (Ed). Pamplona, Cizur Menor, Thomson Reuters-Aranzadi, (1), 327-361.
- OMS. (2021). Cobertura sanitaria universal. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
- OMS. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria* <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22233es/s22233es.pdf>.
- Peces Barba, G. (1998). Los derechos económicos, sociales y culturales: sugénesis y suconcepto', *Derechos y Libertades: RevistadellInstitutoBartolomédelasCasas*.
- Pemán Gavín, J. (2005). *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de la Salud*, ed. Comares, Granada.
- Pisarello, G. (2006). *Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción*, ed. Trotta, Barcelona.
- Real Academia Española –RAE-. (2022). <https://dle.rae.es/?id=X7MRZku>.
- Reder. (2018). *Es urgente garantizar la sanidad universal. No dejar a nadie atrás*, https://www.medicosdelmundo.org/Informe_REDER_Octubre_2018.
- Vida Soria, et al. (2009). *Manual de Seguridad*, Madrid, Tecnos, 5^a edición.
- Wislow, C.E. (1920). *The Untilled Fields of Public Health*. <http://dx.doi.org/10.1126/science.51.1306.23>.