

# cuaderno POLÍTICAS DE SALUD

ANÁLISIS, REFLEXIÓN Y DEBATE

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE SALUD

# 2

Editorial

Gripe AN1H1: una actuación desproporcionada  
**MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE**

Situación de la objeción de conciencia en el  
derecho al aborto  
**MERCEDES BOIX**

En el final de la vida  
**CARMEN ORTIZ**

Mutualidades de funcionarios  
**SANTIAGO PORRAS**

DICIEMBRE 2009

**Coordinador** | Eddy D'Orleans

**Consejo Editorial** | Marciano Sánchez Bayle, Alberto del Pozo, Carmen Mancheño, Elvira S. Llopis, Antonio Cabrera, José A. Serrano, Joan Canals, Merche Boix, Javier González Medel, Manuel Martín García, Araceli Ortíz.

# presentación

**El número 2 de Cuadernos de Políticas de Salud**, recoge cuatro artículos de temas bien distintos, de los cuales los dos primeros están más relacionados con la actualidad.

El primero hace de una reflexión crítica sobre el abordaje que ha dado nuestro sistema sanitario, similar al de la mayoría de los países del mundo, a la epidemia de gripe A H1N1 y de cómo en este caso la OMS y las autoridades sanitarias han favorecido una magnificación del riesgo.

El segundo recuerda una obviedad: si no se regula la objeción de conciencia de los profesionales de la salud la nueva ley sobre el aborto no garantizara su realización en el sistema sanitario público y favorecerá que no sea una prestación sanitaria normalizada. La autora señala algunas vías para superar esta situación.

El tercero hace referencia a una anomalía de nuestro sistema sanitario público, un colectivo de ciudadanos con financiación pública tiene un sistema de asistencia diferenciado, una evidente discriminación, y una contradicción para el Sistema Nacional de Salud, incluso en su carácter centralizado.

Por fin, el último aborda el problema de la eutanasia, que es uno de los grandes olvidados de nuestro sistema de salud, y que supone también la reivindicación de un derecho básico, el que cada persona tiene a su propia vida.

Es el interés del Observatorio sobre Políticas de Salud el avanzar reflexiones y debates que afectan a la salud de las personas, mezclando como en este caso se hace, temas de fondo, con otros organizativos o de políticas sanitarias. ■

# Gripe AN1H1: una actuación desproporcionada

**Marciano Sánchez Bayle**

La actual epidemia de gripe AN1H1 y el abordaje que de la misma están haciendo las administraciones sanitarias parece un caso claro de una actuación desproporcionada. La epidemia de la gripe A N1H1 inicialmente fue considerada como de una extrema gravedad por un análisis inapropiado de los primeros caos producidos en México que hicieron creer que estábamos ante una epidemia muy grave y altamente contagiosa (epidemia tipo 1 según la clasificación propuesta por Peter Doshi, BMJ septiembre 2009) por lo que se arbitraron medidas adecuadas a este tipo de problema de salud. Sin embargo posteriormente se ha comprobado que se trataría de una epidemia tipo 3 en esa misma clasificación (muy contagiosa y de baja gravedad) ya que la mortalidad es incluso menor que la de la gripe estacional, por poner solo un ej, en Australia que se habían hecho previsiones en torno a 6.000 fallecimientos, solo se produjeron 161. La OMS sin embargo no ha cambiado la estrategia, como tampoco lo han hecho la mayoría de las autoridades sanitarias de los países implicados.

Lo que se conoce de su desarrollo en España tampoco indica una gravedad especial, sino mas bien todo lo contrario (menos de 1 fallecido por 10.000 infectados), es mas, parece razonable pensar que el numero real de casos es muy superior al contabilizado porque el sistema de los médicos centinelas infraestima a aquellas enfermedades en que el numero de casos con pocos síntomas es muy frecuente, ya que estos habitualmente no acuden al sistema sanitario. Por eso es mas que probable que el numero de personas que han pasado la actual gripe sobrepasen el millón.

Conviene recordar que hasta el momento se han producido 10 veces mas muertes en España por accidentes de trafico, 4 veces mas por accidentes laborales y varios cientos de veces mas por el tabaquismo, y que por supuesto la excesiva magnificación del fenómeno gripal favorece que personas con enfermedades mas graves sean menos atendidas y a veces se diagnostiquen mas tarde.

Una cuestión que debe remarcarse es la parafernalia que se ha montado para la atención de los cuadros gripales en los centros sanitarios, especialmente en Atención primaria que es donde se atienden los cuadros mas leves. Con las tasas actuales notificadas (ya se ha dicho que muy probablemente por debajo de la realidad) y con la baja letalidad de la enfermedad no tiene sentido el aislamiento riguroso de las personas con sospecha de la enfermedad, sobre todo porque parece desconocer que la mayoría de los contagios se producen en los lugares de la vida real donde hay aglomeraciones ( transporte, centros de trabajo, espectáculos de masas, etc), o sea que si lo que queremos es conseguir que no haya contagios se debe empezar por cerrar los estadios de futbol, y si no nos atrevemos con la liga de futbol, que los partidos se vean solo por televisión.

No obstante la organización de los servicios sanitarios ha hecho caso omiso de la realidad. Los circuitos para la atención de los enfermos con sospecha de gripe se han puesto en marcha, con escasa asistencia, mientras se colapsa el resto del funcionamiento del sistema. A partir de ahora ya sabemos quien es el culpable de las listas de espera, las administraciones han encontrado la excusa ideal para justificar sus deficiencias.

Y, naturalmente, se ha comenzado la vacunación cuando ya sabemos:

Que hay ya algunas publicaciones que señalan que la vacuna contra la gripe estacional produce una protección parcial contra la nueva gripe (disminuye su gravedad y mortalidad) y conviene recordar que esa vacunación estacional es la que se esta realizando ahora.

La vacuna ha incluido un coadyuvante que introduce dudas sobre su seguridad y el posible riesgo de complicaciones de la misma. La justificación de su inclusión estaba en que nos encontrábamos ante una enfermedad potencialmente muy grave y era importante reforzar la respuesta inmunológica, pero

cuando se supo que no era así no se rectificó. De hecho el plan de vacunación español viene a reconocerlo en parte, al indicar en las embarazadas la vacuna sin coadyuvante, y existe algunos países donde no se va a realizar de momento la vacunación con coadyuvante.

También se ha señalado en la literatura que las personas nacidas antes de 1958 tendrían cierto grado de inmunidad debido a que anteriormente a esta fecha se habrían producido epidemias con características inmunológicas parecidas a la gripe AH1N1.

Otro asunto relevante es que parece que se va a vacunar a aquellas personas que han pasado la gripe, lo cual es bastante absurdo porque la vacuna se basa precisamente en que el haber pasado la enfermedad crea inmunidad.

En este contexto no se entiende bien el porque se insiste en la vacunación en España, si bien es cierto que las vacunas ya están compradas y quizás se pretenda amortizar el gasto, aunque es evidente que también puede deberse a la incapacidad para enfrentarse al efecto de terror mediático que, en parte, ellos mismos han contribuido a fomentar. Ahora habrá que ver cual es la respuesta de los ciudadanos y profesionales, porque es bien conocido que en varios países de Europa (Francia, Alemania) el porcentaje de profesionales sanitarios que se ha vacunado es bastante bajo, lo que parece también está sucediendo en España, y de hecho las propias administraciones sanitarias españolas están valorando devolver vacunas y/o mandarlas a países del Tercer Mundo.

Todavía es pronto para hacer una evaluación definitiva, pero hay algunas cuestiones que van estando ya bastante claras:

Las autoridades sanitarias, con la OMS a la cabeza, no han estado a la altura de sus obligaciones. Si en un primer momento era entendible un cierto miedo y precaución por tratarse de una enfermedad nueva, a partir de septiembre las informaciones abonaban todas en el mismo sentido: enfermedad con alta difusión y poca gravedad, es entonces cuando había que haber dado una información mas contundente desactivando el efecto mediático, aun a costa de salir un poco menos en la televisión.

La gran presión mediática magnificando la enfermedad parece responder fundamentalmente a intereses económicos (las grandes multinacionales de la farmacia tienen una gran capacidad de intoxicación) pero también al afán de protagonismo de algunos periodistas y al tirón de ventas y audiencia que tiene el catastrofismo.

No se puede despreciar los efectos positivos que tiene para los gobiernos y los grandes intereses multinacionales una pobla-

ción atemorizada. El terror es paralizante y favorece la desmovilización y una buena dosis de catástrofe desplaza de la actualidad la corrupción, el fracaso económico de las políticas neoliberales, etc. Por otro lado el miedo a la epidemia favorece el aislamiento y los comportamientos insolidarios

¿Cuánto nos ha costado la epidemia?. No lo sabemos exactamente pero varios miles de millones de euros que bien habrían servido para construir varios hospitales, centros de salud, etc, y que se han despilfarrado haciendo la sanidad pública menos sostenible. Las pérdidas en coste/oportunidad han sido tremendas.

Se ha generado una gran desconfianza sobre la credibilidad de los responsables de la salud pública, que puede ser muy peligroso cuando de verdad se produzca una pandemia de una enfermedad de alta gravedad.

Esto es lo que hay. Por supuesto sería casi milagroso esperar que los responsables de esta alarma innecesaria hagan su autocrítica y como mucho intentaran vendernos el asunto como un éxito de las medidas que ellos adoptaron. Necesitamos, en España y a nivel mundial, unos responsables sanitarios que sean capaces de actuar con responsabilidad, anteponiendo el derecho a la salud de los ciudadanos por encima de sus intereses personales y de las presiones económicas y mediáticas. No va ser fácil conseguirlo. ■

# Situación de la objeción de conciencia en el derecho al aborto

**Mercedes Boix Rovira**

Ginecóloga. Hospital Marqués de Valdecilla

La objeción de conciencia la podríamos definir como la negativa de una persona a tomar parte en ciertos actos que le ordena la ley o la autoridad competente, basándose en razones de convicción moral. El conflicto se produce entre la libertad de conciencia del personal sanitario, y el derecho de la paciente a recibir la atención legalmente.

En la legislación española se reconoce este derecho en el artículo 16.1 de la constitución pero carece de regulación.

La falta de regulación de la objeción de conciencia compromete el derecho de las mujeres, sobretodo en la sanidad pública, a la atención que la ley les reconoce.

En esta regulación se debe de contar con un registro de objetores, en el cual cada profesional objetor rellenará un documento en el que constarán debidamente fundamentadas las causas de la objeción. Deberá de estar controlado por las autoridades sanitarias, consejerías de sanidad de comunidades autónomas, pero regulado por una normativa centralizada por el ministerio de sanidad.

No puede ser controlado por los colegios de médicos como estos han pretendido, porque es un conflicto entre dos partes y los colegios representan a una de ellas.

No debe ser controlado por los centros porque dado que no existe dedicación exclusiva en la mayoría de las comunidades solo las consejerías de sanidad pueden tener el registro de todos los profesionales y ya hemos dicho que es personal, pero en todos los ámbitos en que se ejerza la profesión.

Los firmantes de dichos documentos, deberán estar amparados por la ley orgánica de protección de datos personales.

La administración sanitaria nos dice reiteradamente que la paciente es el centro del sistema, luego la regulación de la objeción de conciencia, lo primero que tiene que proteger es el derecho de las mujeres a recibir la atención que la ley les autoriza a recibir, el reconocimiento de que esto es así también en la ley

del aborto tiene una serie de implicaciones en la normativa a desarrollar, que vamos a ver a continuación.

En primer lugar la propia necesidad de la regulación, porque su falta permite que amparados en este recurso a las mujeres se les niegue un servicio o se les demore una atención.

La regulación debe de contemplar una serie de normas que garanticen el derecho de las mujeres, por lo tanto tiene ciertos límites.

El límite esencial que se debe de enunciar, es que nunca el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de un profesional sanitario puede perjudicar a la paciente, por lo cual solo se podrá admitir cuando no suponga una limitación a la atención sanitaria obligatoria.

El ejercicio de la objeción de conciencia, al derivar del derecho a la libertad ideológica, es una posibilidad individual, a la cual no pueden acogerse las instituciones. Hay que insistir, el tribunal constitucional lo ha declarado así, que los centros sanitarios no pueden invocar un ideario propio como un derecho a ponderar frente a derechos protegidos constitucionalmente. Los centros sanitarios públicos y los financiados públicamente que ofrezcan atención ginecológica están obligados a prescribir y a suministrar los servicios y prestaciones reconocidos por el servicio de salud.

El derecho a la objeción de conciencia no puede ejercerse cuando esté en peligro la vida de la mujer. El ejercicio de la objeción, no puede extenderse a las actividades previas ni posteriores a la interrupción del embarazo. El profesional objetor, está obligado a remitir en forma oportuna a la mujer a un profesional no objetor dentro de la misma institución y no podrá negar ni ocultar información sobre los derechos de la gestante en materia de ILE (interrupción legal del embarazo) ni coartar su libertad para persuadirla de su decisión. (Tampoco se puede negar información sobre opciones terapéuticas y de manejo diferentes a la ILE, para el caso específico si las hay).

Las instituciones deben garantizar un número adecuado de profesionales de la salud no objetores. Para ello deberán estar autorizados a promocionar la contratación de profesionales no objetores para los servicios en los que se realice ILE. Ya hay sentencias judiciales que reconocen que el traslado de personal objetor no se considera discriminatorio.

No pueden objetar personas que no están directamente involucradas en el procedimiento. El derecho le corresponde a médicos/as y enfermeros/as.

No cabe considerar la objeción de conciencia en los casos en que la paciente no desee ser tratada, salvo si hubiera razones de salud pública. El profesional no puede interferir, basándose en razones de conciencia, ni en la libertad de terceros. Tampoco cuando la limitación de tratamientos sea fruto de un acuerdo de los miembros de un equipo asistencial. Una intervención en contra de la voluntad de la paciente puede constituir un delito de coacciones. El rechazo por parte de la paciente de determinados tratamientos no elimina el deber de cuidado por parte del profesional sanitario.

Las oficinas de farmacia son "establecimientos sanitarios privados, de interés público, sujetos a la planificación sanitaria" y es su deber poner en marcha los mecanismos necesarios, para asegurar la administración de medicamentos y productos sanitarios a los que las usuarias tengan derecho. Es imprescindible que el ejercicio de la objeción de estos profesionales no vaya en detrimento del servicio que las farmacias han de proporcionar a los ciudadanos. Han de desarrollar las medidas de planificación más adecuadas que garanticen la efectiva prestación del servicio. Hay que hacer hincapié que en el modelo sanitario español las oficinas de farmacia no son meros establecimientos comerciales. Viene la mención al caso tanto por las actitudes en la dispensación de la pildora poscoital, como en un futuro la posible dispensación de preparados abortivos que pudieran ser comercializados y susceptibles de ser dispensados en las farmacias.

Por otra parte hay que tener en cuenta la posibilidad de que existan algunos cambios en la situación de los profesionales:

Hay que admitir la posibilidad de una objeción de conciencia sobrevenida, en ocasiones pueden existir razones derivadas de avances tecnológicos, de modificaciones de los derechos de los pacientes o de la posible evolución ideológica del que objeta.

Hay que admitir también la objeción parcial, que puede ser también sobrevenida y que se suele producir en los casos límites respecto de la legalidad. Es decir, en los casos en los que existiría formalmente el deber jurídico de actuar pero que las circuns-

tancias que concurren en el caso determinado la existencia de este deber sea discutible. ■

#### BIBLIOGRAFIA:

- Document de l'observatori de bioètica i dret sobre objecció de consciència en sanitat. Universitat de Barcelona.
- Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas.
- Document sobre la interrupció voluntària del,embaràs. M.Casado, M. Corcoy, R. Ros i A. Royes

# En el final de la vida

**Carmen Ortiz Ibáñez**

Medica y Presidenta de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Como todos sabemos el tema de la eutanasia despierta amplias controversias, es sabido que tiene fervientes defensores pero también detractores furibundos, ambos con argumentos mas o menos sinceros, respetando ambas posturas es preciso decir que por encima de los argumentos a favor o en contra de la eutanasia existe algo que a mi juicio tiene un valor absoluto y esto es la autonomía de la persona para decidir en cualquier momento de la vida y desde luego en el final de la misma. El respeto a la autonomía personal es una de las características fundamentales de una sociedad que se llama democrática y que por lo tanto está obligada a respetar las distintas convicciones éticas de todos sus ciudadanos.

La palabra eutanasia, etimológicamente es una palabra derivada del griego de "eu" que significa buena y "thanatos" que significa muerte, es decir buena muerte o muerte dulce.

Según el diccionario de la real academia hay dos definiciones para la misma:

1. Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él.
2. Muerte sin sufrimiento físico.

La discusión sobre el derecho a la eutanasia no es un hecho nuevo, ya desde la antigüedad, en Grecia o en Roma se planteaba la cuestión entendida como el "felici vel honesta morte mori" que podemos traducir por morir con una muerte feliz y honesta, en la que queda implícito el derecho a morir dignamente pero en la que no se contempla la ayuda a morir como sucede en la eutanasia o en el suicidio asistido.

Ya en escritos de los grandes filósofos de la antigüedad se encuentra la opinión de que la eutanasia es moralmente permisible como sucede en Sócrates, Platón y los estoicos.

Platón (siglo V antes de la era cristiana) escribía en *La República*: "se dejara morir a quienes no sean sanos de cuerpo"

Los estoicos ( Séneca, Epicteto, Marco Aurelio) también dejaron escritas sus opiniones sobre la eutanasia basándose fundamentalmente en el argumento de la dignidad.

Séneca: "es preferible quitarse la vida a una vida sin sentido y con sufrimiento" o " no se debe ni querer demasiado a la vida ni odiarla demasiado, sino buscar un termino medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseje. No se trata de huir de la vida sino de saber dejarla."

Epicteto: " predica la muerte como una afirmación de la libre voluntad."

También es cierto que ya en la época greco-romana existían voces contrarias a estas opiniones. Así encontramos a Hipócrates, que ya en lo que después se aceptaría como el famoso "juramento hipocrático" dice: "no daré ningún veneno a nadie, aunque me lo pida, ni tomare nunca la iniciativa de sugerir tal cosa"

Estas corrientes de reflexión terminaran con la implantación del pensamiento cristiano que poco a poco impregnará la vida y las leyes de la sociedad, condenando el suicidio y por tanto la eutanasia, como defenderá Santo Tomas con un triple argumento:

- porque atenta contra el amor debido a si mismo.
- atenta contra la sociedad.
- atenta contra el derecho exclusivo de Dios sobre la vida del hombre.

Tampoco en esta época existe una voz única en este sentido y aunque predomine la tendencia contraria, también encontramos en plena Edad Media, personas como Tomás Moro, describiendo en su famosa *Utopía* la forma de estado ideal, afirmando por una parte que se debe prestar a los moribundos todo cuidado y solidaridad, pero considerando que, en casos de dolores extraordinarios, se puede recomendar poner término a su vida. Se le puede causar la muerte al enfermo, si éste está

de acuerdo, privándole de los alimentos o administrándole un veneno. También se requiere el permiso de las autoridades y de los sacerdotes para evitar los abusos que podrían seguirse.

El término Eutanasia no aparece hasta el siglo XVII y se atribuye a Francis Bacon el uso de la misma entendida como “la aceleración de la muerte en un hombre enfermo”

Y será ya en el siglo XX cuando se plantee el tema de la Eutanasia como un derecho para los ciudadanos.

En 1934 se constituye en Inglaterra la primera organización, la Sociedad para la Eutanasia, cuyo fin será la defensa del derecho de los ciudadanos para obtener una muerte indolora o acortar los sufrimientos de pacientes terminales.

En la actualidad el tema de la eutanasia ha adquirido mayor relevancia quizás condicionado por el hecho de los grandes avances tecnológicos que aplicados al campo de la medicina permiten prolongar significativamente la vida de los pacientes aun en condiciones en determinadas circunstancias que pueden ser discutibles desde el punto de vista de la ética.

Existen actualmente discusiones muy significativas entre los defensores y los detractores de la Eutanasia.

Antes de entrar en la situación actual de la ley y de la opinión general en torno al derecho a morir dignamente creo que es importante que aclaremos los términos que se utilizan para hacer referencia a la ayuda en el final de la vida.

Si recordamos que Eutanasia (bien morir) es la acción u omisión que facilita la muerte de una persona enferma con el fin de aliviar su dolor y sufrimiento, hay diferentes términos que hacen referencia a la misma así es preciso distinguir entre:

**Eutanasia directa:** Adelantar la hora de la muerte en caso de una enfermedad incurable, esta a su vez posee dos formas:

**ACTIVA:** Consiste en provocar una muerte indolora a petición del afectado cuando se es víctima de enfermedades incurables muy penosas, progresivas o gravemente invalidantes; el caso más frecuentemente mostrado es el cáncer, pero pueden ser también enfermedades incurables como el sida. Se recurre, como se comprende, a sustancias especiales mortíferas o a sobredosis de morfina.

**PASIVA:** Cuando se deja de tratar una complicación, por ejemplo una bronconeumonía, o de alimentar por vía parenteral u otra al enfermo, con lo cual se precipita el final de la vida; es una muerte por omisión. De acuerdo con Pérez Varela “la eutanasia pasiva puede revestir dos formas:

- La abstención terapéutica, que consiste en no iniciar el tratamiento
- La suspensión terapéutica, que significa suspende el ya iniciado por considerar que este más que prolongar el vivir, prolonga el morir” Debe resaltarse que en este tipo de eutanasia no se abandona en ningún momento al enfermo.

**Eutanasia indirecta :** Consiste en efectuar procedimientos terapéuticos que tienen como efecto secundario la muerte, por ejemplo la sobredosis de analgésicos, como es el caso de la morfina para calmar los dolores, cuyo efecto añadido, como se sabe, es la disminución de la conciencia y casi siempre una abreviación de la vida. Este efecto sería el de la sedación terminal, aquí la intención, sin duda, no es acortar la vida sino aliviar el sufrimiento, y lo otro es una consecuencia no deseada. Entra así en lo que desde Tomás de Aquino se llama un problema de doble efecto, en este caso el que se ve adelantada la muerte del paciente es un hecho aceptado voluntariamente pero no buscado.

**Eutanasia no voluntaria:** es aquella en la que el enfermo no tiene posibilidad de expresar su voluntad, y la decisión de la muerte no la toma la persona afectada sino otra distinta. Estos casos están relacionados con los enfermos que permanecen durante mucho tiempo (años) en estado de inconsciencia total provocados por un coma.

**Eutanasia involuntaria:** Es la eutanasia que se impone en aquella persona que a pesar de que tenga voluntad para elegir entre la vida o la muerte no se le pide el consentimiento o bien no se tiene en cuenta su deseo de seguir con vida. Naturalmente esta forma de eutanasia es reprobable y no puede ser aceptada, es injustificable desde cualquier aspecto de la ética. Esta forma de eutanasia sería lo que conocemos como eugenesia.

#### **OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS SON:**

**Suicidio asistido:** Significa proporcionar a una persona, en forma intencional y con conocimiento, los medios o procedimientos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro. Se plantea como deseo de extinción de muerte inminente, porque la vida ha perdido razón de ser o se ha hecho dolorosamente desesperanzada. Cabe destacar, que en éste caso es el paciente el que voluntaria y activamente termina con su vida, de ahí el concepto de suicidio.

**Muerte digna:** Consiste en dejar morir a tiempo sin emplear medios desproporcionados y extraordinarios. Centra el concepto en la condición ("dignidad") del enfermo terminal y no en la voluntad de morir.

**Encarnizamiento o ensañamiento terapéutico:** Mediante el cual se procura posponer el momento de la muerte recurriendo a cualquier medio artificial con el fin de prolongar la vida a toda costa, pese a que haya seguridad de que no hay opción alguna de regreso a la vida, llegando a la muerte en condiciones inhumanas, aquí se buscan ventajas para los demás, ajenas al verdadero interés del paciente.

En el mundo actual, el debate acerca de la eutanasia es cada vez más intenso y muchas personas se manifiestan a favor o en contra defendiendo el derecho de los seres humanos a una buena muerte para evitar sufrimientos físicos y psíquicos.

Pero son fundamentalmente dos países los que han legislado sobre este tema, son Holanda y Bélgica, ambos tienen una legislación que permite la eutanasia. En el 2001, el Parlamento de Holanda aprobó una ley que esta vigente desde el 1 de abril de 2002 y que permite la eutanasia y el suicidio con asistencia médica.

La ley de eutanasia de **Holanda** prohíbe su aplicación en personas menores de 17 años, es una ley sobre eutanasia muy precisa y la persona que quiera acogerse a ella debe cumplir varios requisitos: La ley aprobada en Holanda no implica un derecho automático para el paciente. Los médicos pueden negarse a ejercerla, acogiéndose a su derecho a la objeción de conciencia.

Por otra parte y para algunos críticos tiene un punto débil: la obligación del médico a notificar la práctica de eutanasia que se remite a una comisión que valorara si hubo o no homicidio.

Otro de los temores que despertó la nueva ley fue que esta ejerciese presión sobre algunos enfermos (fundamentalmente ancianos) para que solicitaran la eutanasia. Este temor estaría ligado al concepto de ahorro. El motivo de ahorro parece menos probable en aquellos países que como Holanda tienen garantizado el derecho de toda la población a la atención médica, cuando la atención médica se ejerce en un sistema público, es más complicado ejercer presiones de este tipo y que el concepto del ahorro vaya a ser el que predomine ante situaciones vitales.

La existencia de cuidados paliativos puede disminuir la práctica de la eutanasia. La sedación paliativa es una intervención médica normal mientras que la eutanasia hay que considerarla como una situación excepcional, que se practica a petición del paciente.

El procedimiento que se sigue en Holanda para la aplicación de la eutanasia es :

En primer lugar es siempre el paciente quien debe tomar la iniciativa y solicitarla de forma voluntaria.

El médico que trata al paciente debe estar seguro de que el sufrimiento del enfermo es insostenible y que el paciente no tiene posibilidades de recuperación, debe pedir una segunda opinión (para ello existe un centro de apoyo y consulta para la eutanasia en Holanda).

Ambos médicos sopesan la situación del paciente y si consideran que es justificable la petición de eutanasia acceden a la misma. La terminación de la vida debe ser llevada a cabo en una forma médica apropiada, y el médico debe presentar una notificación de muerte no natural que debe confirmarse por un médico forense.

La declaración junto con el expediente del paciente es enviada a la Comisión de Eutanasia la cual evalúa si el procedimiento fue correcto. En caso contrario el expediente se envía al fiscal general del estado quien puede llegar a dictar procesamiento contra el médico en cuestión.

La ley que se aprueba posteriormente en **Bélgica** se establece en unos términos muy parecidos a la ley de Holanda, con pequeñas diferencias, como la edad del paciente que tendrá que ser superior a 18 años mientras que en Holanda era de 17.

En **Suiza** existe una ley ambigua sobre el suicidio asistido lo que esta provocando un fenómeno curioso de turismo eutanásico.

En **Gran Bretaña**, la eutanasia continúa siendo ilegal. Pero entre 1993 y 1994 la justicia autorizó a varios médicos a desactivar los aparatos de pacientes que eran mantenidos con vida artificialmente. En **Escocia**, en junio de 1996, el Estado autorizó a un enfermo a someterse a esta práctica.

Recientemente se ha aprobado así mismo una ley de eutanasia en el estado de **Oregón**, siendo esta la única jurisdicción de USA que cuenta con una ley de muerte con dignidad.

La ley de eutanasia de Oregon establece requisitos similares a las legislaciones de Bélgica y Holanda. Pero, a diferencia de estos países, en Oregon el enfermo puede pedir al médico la prescripción de una sustancia letal. El paciente puede decidir dónde y cuándo desea morir.

En **otros países** la eutanasia avanza hoy a grandes pasos: China, Alemania, Japón e India podrían en breve anunciar su legalización.

Sin embargo, que la legalización de la eutanasia avance no sig-

nifica que el debate ético haya concluido o haya sido superado. Estamos en una sociedad en la que frente a los avances de la ciencia que nos permiten prolongar cada vez más la vida y prolongar artificialmente los procesos terminales disminuye nuestra capacidad humana de mirar de frente la realidad de la muerte, una sociedad hipócrita que trata de disimular por todos los medios el envejecimiento y el dolor. Es preciso plantearse claramente los problemas éticos que se plantean en la aplicación de los avances de la ciencia y en las situaciones que estos producen: Tratamientos curativos o paliativos, soportes vitales, analgesia, sedación, estados vegetativos, eutanasia, muerte encefálica, trasplantes etc...

La discusión sobre el tema de la eutanasia digamos que tiene diversos aspectos pero a mi entender el fundamental es aquel que enfrenta el pensamiento religioso y el civil, ante este conflicto cabe la posibilidad de adoptar diversas posturas. La de obedecer los mandatos de una de las dos, oponiéndose a la otra es fácil. Respetar la opinión contraria en el otro grupo es más difícil, sobre todo cuando se trata de un sector de la iglesia que podríamos llamar más fundamentalista el que se opone a cualquier medida que pueda poner en peligro la vida del paciente aunque sea de forma involuntaria.

Dentro de la corriente religiosa, no obstante tampoco existe una línea unánime, así tenemos incluso declaraciones de algunos pontífices como Pío XII que ya en el congreso internacional de la Sociedad italiana de Anestesiología en febrero de 1957 decía: "tenemos derecho a evitar el dolor físico y la persona cristiana no tiene ninguna obligación de aceptar el dolor por el dolor".

Existe una corriente dentro de la confesión católica que aboga por el derecho a una muerte digna, rechazando cualquier uso inadecuado de los medios terapéuticos de que disponemos para prolongar la vida. Defendiendo el derecho a mantener la dignidad humana hasta el último momento de la vida lo que permite utilizar los medios adecuados y necesarios para aliviar el dolor incluso si aceleran el proceso de morir. Estamos hablando de la eutanasia pasiva, de la sedación terminal, del rechazo al encarnizamiento terapéutico, de aquellos procedimientos que permitan al paciente terminal encarar el proceso de la muerte conservando la dignidad como seres humanos.

Pero aquí se trata de dar un paso más allá se trata de que se regule por ley la disponibilidad de la propia vida, de permitir en definitiva que cada uno en virtud de su derecho a la autonomía personal y de acuerdo con su propia conciencia y sus creencias religiosas o no, pueda optar por terminar con una situación vital intolerable, y por otra parte que se proteja ante la ley a aquellos profesionales a los que se solicite ayuda en esta

circunstancia y que de acuerdo con su propia conciencia colaboren en prestar el apoyo solicitado.

Nos falta comentar los argumentos del grupo que se opone más frontalmente a cualquier ley que regule el final de la vida. Al grupo que se autodenomina como "defensores de la vida" y que en nombre de esta se oponen a cualquier argumento a favor del derecho a elegir de los pacientes.

Son los fundamentalistas que confunden el debate comparando hechos como lo sucedido en el Severo Ochoa o planteamientos como los que se exponen en la película de "Mar abierto", con las prácticas de exterminio de los campos nazis, y por cierto con completa tolerancia por parte al menos de la jerarquía eclesial de la Iglesia Católica, ocultando un hecho para mí decisivo y fundamental que es la voluntad del propio individuo.

No es tolerable que se compare la eutanasia que entendemos y defendemos como aquella ley que permita a los pacientes terminales acabar con los sufrimientos de la enfermedad, con los horrores de los campos de concentración. Lo que allí se ponía en práctica eran técnicas de genocidio y aun cuando en alguna circunstancia se hablaba de eutanasia lo que se estaba practicando era la eugenesia con personas discapacitadas, lo que anteriormente hemos definido como eutanasia no voluntaria, es decir en contra de la opinión del individuo, y naturalmente a la que nos oponemos frontalmente.

Es preciso aclarar bien los temas y no dejarnos confundir con los atropellos sin fin que se producen por aquellos que se autodenominan como defensores de la vida y confunden a los ciudadanos, tergiversando planteamientos y haciendo demagogia.

Sería interesante que nos explicaran por qué motivo no se puede permitir a un paciente terminal acabar con una situación que le produce sufrimientos difíciles de tolerar, que terminan con su dignidad personal, situación que es irreversible y que el paciente lo sabe, situación que no quiere prolongar más y que pide se le ayude a terminar con ella. ¿Por qué motivo los defensores de la vida se oponen a que se ayude a alcanzar los deseos de ese paciente? Mientras que no tienen ningún empacho en tolerar e incluso bendecir la pena de muerte impuesta por otros seres humanos que se amparan en razones y leyes que en muchas ocasiones obedecen a intereses muy discutibles, bien de tipo económico o bien de tipo ideológico y desde luego muy lejos de respetar la autonomía y la dignidad que desde aquí reclamamos para cualquier ser humano.

Lo que subyace tras estos planteamientos es la defensa del poder desde las filas de la iglesia, estos planteamientos nos retrotraen a épocas muy anteriores y diríase cuando se les oye es-

grimirlos con esa virulencia que están añorando la edad media en la que el poder terrenal dimanaba directamente del poder divino. Es la oposición ancestral de la iglesia a todo lo que se separe de las directrices marcadas por ella, se reconoce aquí toda la oposición a los avances de la ciencia antes con oposiciones a teorías como la de Galileo y actualmente con la oposición a la investigación en células madre. Es la pérdida del poder social cuando tras la revolución francesa y el establecimiento del contrato social pierden el poder autocrático de los gobiernos. Es la necesidad de luchar contra la existencia de grupos sociales que desde dentro de la iglesia o al margen de la misma quieren encontrar argumentos científicos, comprobables, que permitan el avance de la sociedad en todos los campos.

En nuestra legislación actual se reconoce el derecho a una muerte digna, reconocimiento incluido en la Constitución, y existe igualmente legislación sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, admitiéndose que el consentimiento informado del paciente es suficiente para tomar decisiones de sedación terminal o de eutanasia pasiva que es la interrupción o no iniciación de un tratamiento que aunque podría retrasar el momento de la muerte no proporciona condiciones de vida mínimamente aceptables. A pesar de esta legislación permisiva esto no impide que se produzcan atropellos como el del Severo Ochoa, solamente por una denuncia interesada, con la injerencia de un gobierno y el dogmatismo religioso, que convirtieron una situación permitida legalmente en un auténtico infierno para los profesionales implicados y secundariamente para los enfermos en situación terminal que han sufrido el miedo derivado de esta situación para poder recibir la ayuda solicitada en el final de sus vidas.

No obstante se sigue legislando en una buena dirección y así la ley 41/2002 del 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 11 el documento de instrucciones previas al que define como aquel mediante el cual "una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos".

El documento de instrucciones previas constituye la manifestación del respeto a la autonomía personal que mediante este documento puede expresar su voluntad para el caso en que no sea capaz de manifestarla en el momento de necesitar algunos tratamientos y cuidados que desea recibir, así como manifestar su voluntad sobre el destino que quiere para su cuerpo o sus

órganos. Del mismo modo esta decisión facilita a los profesionales de la salud la toma de decisiones de forma respetuosa con la voluntad del paciente, cuando este no tiene capacidad para expresarlo por si mismo.

Este mismo artículo establece como cada servicio de salud regulará la forma en que se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona que deberán constar por escrito. Varias Comunidades Autónomas han establecido normas que regulan sus registros de instrucciones previas.

Con fecha de 15 de febrero de 2007 se publica en el BOE nº 40 el Real Decreto 124/2007 de 2 de febrero 2007 que regula el registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos personales, por el cual se crea adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Dirección general de Cohesión del Sistema Nacional de salud y Alta Inspección el Registro nacional de instrucciones previas con el objeto de posibilitar el conocimiento y acceso a las mismas desde cualquier punto del territorio nacional.

Recientemente y avanzando en esta línea el día 10 del actual mes de Marzo se presentó en el parlamento una proposición de Ley que defendió el Señor Gaspar Llamazares en nombre del Grupo Parlamentario de Izquierda Republicana- Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds sobre disponibilidad de la propia vida con carácter de ley orgánica.

En su defensa de la necesidad de aprobar una ley que regule la disponibilidad sobre la propia vida por una parte y la situación de los profesionales para que no puedan repetirse hechos como el reciente del hospital Severo Ochoa, esgrimió diversos argumentos entre otros el de varios estudios que avalan el que una mayoría aproximadamente el 67 % tanto entre la población como entre los profesionales se declaran a favor de una ley que regule la eutanasia y el suicidio asistido.

Se calcula que tienen condiciones de cuidados paliativos y de asistencia idónea uno de cada cuatro enfermos terminales y esto porque cada vez existe mayor sensibilidad y mayor compromiso profesional, esfuerzos que como hemos podido comprobar a veces terminan en la infamia que se ha sufrido recientemente en el caso Leganes. En todo caso los cuidados paliativos no son sustitutivos de la eutanasia, como mucho serán complementarios. Por otra parte estos mismos estudios habían puesto de manifiesto como de forma clandestina ambos procesos tanto la eutanasia como el suicidio asistido existen en España, razones todas ellas que ratifican la necesidad de que estas prácticas se regulen por Ley para mayor seguridad de todos nosotros, tanto en calidad de vida para los enfermos como de seguridad para los profesionales. ■

# Mutualidades de funcionarios

Santiago Porras Carrasco

El Sistema de SS, desde su creación, ha ido evolucionando del modelo profesional (cobertura relacionada con la actividad laboral) hacia un modelo universal (cobertura según situaciones de necesidad) de forma que se han ido suprimiendo regímenes especiales que se integraban en el Régimen General. No obstante, subsisten algunos regímenes especiales. Las mutualidades de funcionarios se crean en 1975 como regímenes especiales para integrar en la protección de la Seguridad Social algunos colectivos que no estaban incluidos en el Régimen General de la Seguridad Social (Ley 29/1975, que regula MUFACE, para los funcionarios de la administración civil del Estado; RD-Ley 16/1978, que regula MUGEJU, para los funcionarios de la administración de justicia; y Ley 28/1975, que regula ISFAS).

Actualmente, se mantienen como Regímenes especiales de la SS, por su actividad laboral, las mutualidades de funcionarios: MUGEJU, ISFAS y MUFACE, que prestan la cobertura del sistema de SS, con su regulación legal específica, a funcionarios de la Administración de Justicia, Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad y personal docente fundamentalmente.

Posteriormente con el reconocimiento constitucional del derecho a la salud y la aprobación de la Ley 14/1986, General de Sanidad, se configura un marco legal que pretende sacar la asistencia sanitaria de las prestaciones del Sistema de S.S. (AS.SS) para configurar un servicio público de salud: universal, equitativo y financiado con impuestos. El SNS previsto en la Ley General de Sanidad asume la gestión y provisión de las prestaciones sanitarias de la SS. Pero ha tenido un desarrollo legal equívoco, no sustituyó a la Seguridad Social como nueva forma de organizar la protección de la salud, sino que se superpuso a ella. El SNS sigue siendo la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS), gestionada por los servicios de salud de las comunidades autónomas, de forma que actualmente existe un sistema sanitario que, aunque puede calificarse como SNS y, de hecho, funciona como tal, presenta características de prestación del sistema de Seguridad Social. Existen colectivos con prestaciones y condiciones de acceso diferentes a la prestación sanitaria, por

ello no garantiza una cobertura al 100% de los ciudadanos, y, además, dicha garantía es parcial, ya que no extiende su protección a todos los riesgos relacionados con la salud. (La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Francisco Sevilla. Documento de trabajo 86/2006. Fundación Alternativas.)

La falta de su desarrollo legal como servicio público hace que se presten distintas coberturas sanitarias, fuera del SNS, a algunos colectivos. Las más significativas están representadas por las mutuas patronales (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS) que cubren la asistencia sanitaria por accidente de trabajo y enfermedad profesional y la que prestan las mutualidades de funcionarios.

La existencia de estos subsectores dentro del sistema sanitario es continuamente debatida. Recientemente se ha publicado que los funcionarios con doble asistencia sanitaria le suponen al Estado un sobrecoste de 60 millones de euros anuales (Tribunal de Cuentas. Informe 2002-2003, sobre la actividad de la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado. Muface). A juicio del órgano fiscalizador, la doble asistencia tiene "una repercusión económica" para la Administración General del Estado (AGE), que es quien debiera financiar la prestación de asistencia sanitaria, dado que su naturaleza es universal y no contributiva (prensa 10-10-2005). Pero desde otra perspectiva, el sector de la sanidad privada defiende el modelo Muface, presentando el doble aseguramiento como principal vía de descarga del sistema sanitario público (30-10-2009).

## MUGEJU, ISFAS, MUFACE

### 1. Regulación legal del mutualismo administrativo.

Algunos funcionarios, esta protección específica no se extiende a toda la función pública, tienen regulada por leyes específicas su protección social, incluyendo la asistencia sanitaria, con características no siempre idénticas a las del Régimen General de la Seguridad Social. Su marco legal se encuentra en:

- Ley 29/1975, de 27 de junio, que regula MUFACE, modificada por RD Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (BOE nº 154, de 28 de junio de 2000). Ministerio de Administraciones Públicas.
- RD Ley 16/1978, que regula MUGEJU, modificado por RD Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia (BOE nº 154, de 28 de junio de 2000). Ministerio de Justicia.
- Ley 28/1975, que regula ISFAS, modificado por RD Legislativo 1/2000, de 9 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (BOE nº 142, de 14 de junio de 2000) Ministerio de Defensa

## 2. Población atendida.

Este subsistema, conocido como modelo MUFACE, presta cobertura a algo más de dos millones de ciudadanos (titulares y beneficiarios). Se trata de un colectivo muy heterogéneo con una distribución territorial también muy heterogénea.

El 60% de los mutualistas de MUGEJU se concentra en 4 comunidades: Andalucía, Cataluña, Valencia y Madrid. También los afiliados de MUFACE se concentran en tres provincias: Madrid, Barcelona y Valencia, con 462.501 afiliados, casi el 30 % de sus afiliados. En ISFAS hay una mayor dispersión geográfica y además cuenta con los centros sanitarios de la Sanidad Militar.

En MUGEJU, sólo el 1,4 % es menor de 30 años. Y entre 30-55 años están el 76% de afiliados. Mientras que ISFAS: los grupos de 0-30 años son el 36,5 % de sus afiliados y entre 30-55 años están el 30%.

Esta distribución etaria podría explicar, en gran parte la diferencia de coste medio por afiliado.

## 3. Principales datos del mutualismo administrativo.

Las mutualidades se financian por las cotizaciones de los funcionarios en activo y por aportaciones del Estado, como empleador. De esta manera, los funcionarios contribuyen al sostenimiento del SNS por vía de impuestos y financian su propio sistema de cobertura; es decir, están obligados legalmente a un doble pago para poder tener cobertura sanitaria pública. La aportación estatal representa aproximadamente la factura de la asistencia sanitaria de las mutualidades.

### SITUACIÓN ACTUAL Y PRINCIPALES DATOS DE LAS MUTUALIDADES ADMINISTRATIVAS DE FUNCIONARIOS SEGÚN LAS ÚLTIMAS MEMORIAS PUBLICADAS.

MEMORIAS PUBLICADAS	ISFAS. 2008	MUGEJU.2007	MUFACE.2008
<b>AFILIACIÓN</b>			
• Titulares	380.512	48.455	925.366
• Beneficiarios	249.527	36.697	614.269
<b>TOTAL</b>	<b>630.039</b>	<b>85.152</b>	<b>1.539.635</b>
<b>PLANTILLA</b>	<b>873</b>	<b>119</b>	<b>1.022</b>
<b>PRESUPUESTO (en euros)</b>	<b>744.197.000</b>	<b>92.375.630</b>	<b>1.685.520.000</b>
<b>APORTACIÓN ESTATAL (% del presupuesto)</b>	<b>81,57</b>	<b>69</b>	<b>76</b>
<b>GASTO SANITARIO (en euros)</b>	<b>614.993.000</b>	<b>66.706.350</b>	<b>1.285.680.000</b>
<b>GASTO SANITARIO (% del presupuesto)</b>	<b>82,5</b>	<b>72,2</b>	<b>76,2</b>
<b>PROVISIÓN ASISTENCIA (SNS/EP SANITARIA) SP (%)</b>	<b>11,78</b>	<b>11,47</b>	<b>15,45</b>
<b>PROVISIÓN ASISTENCIA (SNS/EP SANITARIA) EP (%)</b>	<b>88,22</b>	<b>88,53</b>	<b>84,09</b>
<b>COSTE MEDIO ASISTENCIA/AFILIADO (en euros)</b>	<b>976</b>	<b>783</b>	<b>834</b>

#### 4. Asistencia sanitaria

La asistencia sanitaria de las Mutualidades de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), del Poder Judicial (MUGEJU) y de las Fuerzas Armadas (ISFAS), con unos 2 millones de personas protegidas entre titulares y beneficiarios, tiene un coste de alrededor de 2000 mil millones de euros.

Las mutualidades prestan la misma asistencia sanitaria que el SNS, pero con algunas características diferentes. Como diferencias en el acceso a las prestaciones; la diferencia en la aportación en la farmacia ambulatoria; o la asistencia sanitaria en el extranjero (Los beneficiarios del Régimen General deben acogerse a los acuerdos de Seguridad Social con otros países, mientras que los beneficiarios del mutualismo administrativo suelen disponer de una cobertura especial con alguna compañía privada que les cubre las contingencias acordadas en la póliza, en general más amplias o en mejores condiciones de acceso que las reconocidas para los beneficiarios del Régimen General).

MUFACE cubre tanto a la enfermedad común, accidente no laboral y embarazo y parto, como a la enfermedad profesional y al accidente en acto de servicio.

Pero la diferencia, al parecer, más valorada por los mutualistas es la capacidad de elección por parte de los funcionarios de la entidad responsable de la cobertura de servicios sanitarios. Las mutualidades firman acuerdos con aquellas compañías privadas que están de acuerdo en prestar unos servicios por una cantidad predeterminada y los mutualistas, a su vez, pueden elegir entre las diversas compañías que han firmado el convenio o bien el SNS. El ISFAS dispone de los centros sanitarios de la Sanidad Militar, pero son insuficientes.

Según las estadísticas de las mutualidades menos del 15 % de los mutualistas eligen el SNS para recibir asistencia sanitaria. Mientras que el 84-88 % prefiere las compañías privadas. Aunque otras fuentes indican que de un 30 % hasta el 50% de los mutualistas son atendidos por el SNS. La causa de estas discrepancias probablemente se encuentre en la existencia de doble cobertura con financiación pública entre los titulares y beneficiarios de las mutualidades, que puede llegar a alcanzar al 30%-40% de los asegurados. Esta doble cobertura en algunos casos es legal por cotizar el titular en dos regímenes, pero también es debido, como señala el Tribunal de Cuentas en la fiscalización realizada sobre la gestión de afiliación, altas y bajas de mutualistas, a que hay una inadecuada o ineficaz gestión de los registros de mutualistas con derecho, produciéndose duplicidades, altas sin derecho y bajas que no se registran.

La consecuencia de la doble cobertura, además de mayor

gasto, es que permite a las compañías privadas concentrarse en la asistencia menos compleja dejando la asistencia más compleja y costosa y los servicios en los territorios menos poblados a cargo del SNS. Igualmente los estudios realizados sobre los cambios de entidad se suelen producir por procesos de enfermedad severa de alto coste, y todos ellos desde los servicios privados hacia el SNS (Francisco Sevilla).

MUFACE tiene firmados acuerdos, con los servicios de salud de las diferentes CC AA, para que sean los servicios públicos los que presten servicios a los mutualistas cuando, habiendo elegido una compañía privada, ésta no disponga de medios para atenderlos; el acuerdo se refiere al medio rural. Se produce la paradoja de que los servicios públicos se comprometen a sustituir a quienes le sustituyen en la cobertura pública, admitiendo una intermediación innecesaria (Sistema Nacional de Salud. Análisis y Propuestas 2001).

Otro aspecto señalado por el Tribunal de Cuentas en sus informes es que en la concertación con compañías privadas no se siguen unos criterios para seleccionar a las mejores, por calidad o precio. "Los conciertos para la asistencia sanitaria celebrados por las mutualidades, en el periodo fiscalizado, con entidades privadas de seguro de asistencia sanitaria, así como la póliza de seguros suscrita para la prestación de asistencia médica a los mutualistas y beneficiarios destinados fuera del territorio nacional, no fueron formalizados de acuerdo a la normativa y los principios inspiradores del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas. La sujeción de esta contratación al citado Texto Refundido, fundamentalmente en materia de publicidad y de concurrencia, habría permitido, además, abaratar los precios de la contratación y obtener mejores prestaciones, al verse incrementada la competencia entre las compañías privadas".

Ni siquiera se exige el requisito de que las compañías dispongan de dispositivo asistencial en todo el territorio nacional.

También señala el Tribunal de Cuentas la falta de supervisión y control de los servicios prestados por las compañías privadas a los mutualistas.

#### **PROPUESTAS SOBRE EL DERECHO A LA SALUD Y LA ORDENACIÓN SANITARIA Y CONSIDERACIONES.**

1. El **mantenimiento del mutualismo es injustificable** tanto desde la óptica de la equidad como desde la racionalidad administrativa.

La Ley 14/1986, General de Sanidad dispone la integración de la asistencia sanitaria del mutualismo en el SNS. En la Disposición final segunda: "Hasta tanto los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno en el plazo de dieciocho meses contados a partir de la publicación de la presente Ley, procederá a la armonización y refundición de: La asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo a que se refiere el artículo 20.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social de 30 de mayo de, y disposiciones concordantes, tanto del Régimen General como de los Regímenes Especiales, incluidos los regulados por leyes específicas: Agrario, Trabajadores del Mar y Funcionarios Civiles del Estado y al servicio de la Administración de Justicia y los miembros de las Fuerzas Armadas a que se refiere el artículo 195 de la Ley 85/1978, de 28 de diciembre.

Y en la Disposición final tercera, punto 2: "El Gobierno, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los Ministerios interesados, dispondrá que los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Mutuas de Accidentes, Mutualidades e Instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, puedan ser objeto de integración en el Sistema Nacional de Salud, siempre que reúnan las condiciones y requisitos mínimos.

En este sentido se encuentran las propuestas recogidas en el trabajo "Sistema Nacional de Salud. Análisis y Propuestas 2001" (Fundación Alternativas. Cuadernos de Trabajo), entre ellas:

- a. Universalizar el derecho a la protección de la salud y vincular el mismo a la ciudadanía.
- b. Suprimir la exención de pago de las cuotas de la Seguridad Social por las remuneraciones fijadas mediante seguros sanitarios privados.
- c. Suprimir el régimen de empresas colaboradoras de la Seguridad Social en asistencia sanitaria. (ya suprimidas)
- d. Establecer la obligatoriedad para todo el personal de nueva incorporación al sector público de ser cubierto por el régimen general de asistencia (se está haciendo al revés).
- e. Incorporar la gestión de la asistencia sanitaria de todas las mutualidades e institutos públicos al Ministerio de Sanidad.
- g. Activación de los sistemas de control administrativo sobre las entidades privadas por parte de todas las admi-

nistraciones responsables de esos controles (lo que se está haciendo es desactivarlos).

- i. Aplicación estricta de un régimen de incompatibilidades adecuado entre el servicio público y la actividad privada, y estímulo de la dedicación exclusiva al sector público (lo que se está haciendo es derogarlo).
- j. Establecimiento de sistemas de "reaseguramiento" colectivo con el sector público a entidades que cubren su prestación con el recurso a medios públicos, en sustitución de los mecanismos de facturación por acto.

Igualmente Francisco Sevilla defiende la universalización de la atención sanitaria bien como prestación de ciudadanía, bien como prestación no contributiva de la Seguridad Social.

*"En relación con la cobertura sanitaria de las mutualidades de funcionarios, debe procederse a su integración en el SNS, bien de forma general o bien de manera progresiva, cerrando el sistema en todo lo relacionado con la cobertura sanitaria. En esta opción, todos los nuevos mutualistas entrarían en la cobertura del SNS para la prestación sanitaria, manteniendo el resto de prestaciones en su mutualidad en caso de no producirse simultáneamente la integración del régimen especial en el general, como propugnan Tortuero y Panizo (2003). Transitoriamente, se mantendría el sistema actual a extinguir para aquéllos que lo tienen; en este caso, debería habilitarse que todos aquellos funcionarios que quieran optar por el SNS puedan hacer una única y definitiva opción en el momento que lo consideren y eliminar definitivamente todos los casos de doble cobertura con financiación pública.*

*En el caso de mantenerse las mutualidades de funcionarios como una opción a extinguir en cuanto a la cobertura sanitaria, sería preciso regular que el contenido de las prestaciones y sus condiciones de acceso fuese idéntico al del SNS en todas las ocasiones. Ello implicaría adaptar y converger, entre otras actuaciones, en la aportación en el caso de la prestación farmacéutica ambulatoria, en las ayudas económicas para diferentes prestaciones como las bucodentales o determinadas ortesis, y en la prestación sanitaria a los funcionarios que desempeñan sus funciones en el exterior de España. Al mismo tiempo, debe garantizarse que los servicios de salud reciban la cuota capítativa correspondiente a todos los mutualistas que hayan optado por el SNS y que las mutualidades ingresen actualmente en la Tesorería de la Seguridad Social".*

La alternativa –siempre mejor que la indefinición actual– sería construir sistemas estancos, sin vasos comunicantes, en los que fuese posible la cooperación compensada al coste real. (F.Se-

villa. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de trabajo 86/2006. Fundación Alternativas.)

La realidad actual es que desde 1986, gobiernos de una y otra ideología no solo no ha cumplido esa normativa sino que han ido aprobando diversas normas contrarias a esa integración o que la dificultan enormemente.

Por ejemplo, se han suprimido las empresas colaboradoras de la Seguridad Social pero se han potenciado las mutuas patronales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Además de obligar a autónomos a cubrir la asistencia con mutuas, incluso los propios funcionarios y personal sanitario del Sistema Público, que tradicionalmente tenían aseguradas los accidentes de trabajo en el INSS y eran atendidos en el Servicio Público de Salud, ahora se derivan a las mutuas patronales.

Se tiende a suprimir la exclusividad y relajar el régimen de incompatibilidades entre la pública y la privada. Entre los mismos servicios de salud de las CCAA se van apreciando diferencias cada vez más notables en la asistencia sanitaria que prestan.

2.- El Tribunal de Cuentas, en la fiscalización del mutualismo administrativo, también **recomienda al Gobierno la armonización del mutualismo** con la prestación sanitaria de la Seguridad Social.

La Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, estableció un nuevo sistema de financiación de la Seguridad Social, en virtud del cual todas las prestaciones en su modalidad no contributiva y universal, y en particular la asistencia sanitaria, debían ser financiadas mediante aportaciones de la Administración General del Estado. Asimismo, autorizaba al Gobierno en su Disposición Final segunda "... para proceder a la armonización de la normativa especial del Mutualismo Administrativo, en lo referente a sus sistemas de recursos económicos ..." con lo establecido para la financiación de la asistencia sanitaria en el artículo 86.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

*"En este contexto, el Tribunal considera que, habida cuenta del tiempo transcurrido, desde el 5 de agosto de 1997, fecha de entrada en vigor de la Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, más de 7 años, el Gobierno debe hacer uso de la autorización contenida en la Disposición Final segunda y, en consecuencia, proceder a la armonización de las normas especiales del Mutualismo Administrativo, con lo establecido en el artículo 86.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.*

*De acuerdo con este artículo, esta armonización debería suponer la financiación, en su integridad, por parte de la Administración General del Estado, y mediante las oportunas transferencias concedidas a las Mutualidades de funcionarios civiles y militares, del coste de la asistencia sanitaria que prestan estas Mutualidades a sus titulares y beneficiarios, en concordancia con el resto de Regímenes de la Seguridad Social, y todo ello sin perjuicio del mantenimiento de las peculiaridades que, en cuanto a la forma de realizar la prestación de la asistencia sanitaria, contiene la normativa especial del Mutualismo Administrativo, tal y como establece la Disposición Final segunda de la Ley 24/1997".*

Esta propuesta podría ser más aceptable para los políticos y fácil de implantar, ya que la aportación estatal actual es aproximadamente la factura sanitaria del mutualismo y se mantienen los privilegios de los funcionarios. Si a los funcionarios acogidos al mutualismo les mantienen sus privilegios actuales y les disminuyen la cuota en la parte correspondiente a la asistencia sanitaria evidentemente no es previsible que protesten. Pero esto representaría una mayor inequidad que la situación actual. Ahora tiene unos ciertos privilegios pero también soportan una doble cotización. Suprimir la doble cotización y mantener los privilegios supondría tener que abrir, más pronto que tarde, el modelo MUFACE a todo el sistema, es decir, hacer justo lo contrario de lo que estableció la Ley 14/1986.

Es posible que algunos "defensores" del Sistema Público de Salud en realidad estén buscando este efecto: abrir todo el sistema al modelo MUFACE. Así pasó con la famosa Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión, supuestamente se quería evitar la gestión privada y en realidad es la base legal que permite lo que se quería evitar.

3.- A mi juicio el planteamiento del problema **debe hacerse sin perder de vista el conjunto del Sistema Público** y de otras Administraciones o Servicios Públicos que puedan verse afectados. Como ejemplo se pueden analizar las múltiples modificaciones legales propuestas por el INSS para controlar el coste económico de la Incapacidad Temporal y los efectos negativos que están provocando en el Servicio Público de Salud.

Actualmente, quedan al margen del SNS fundamentalmente dos subsistemas: el mutualismo administrativo (MUFACE) y las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (MATEPS). Ambos con una factura sanitaria similar pero que plantean diferentes problemas y riesgos para el SNS.

Sin menospreciar el problema que representa MUFACE, fun-

damentalmente ético, y los ahorros y mejoras de gestión posibles, sin duda; creo que no supone ningún riesgo para el conjunto del SNS. Resolver el problema, a medias, como recomienda el Tribunal de Cuentas sería crear un nuevo y serio riesgo de transformar todo el SNS al modelo MUFACE.

Me parece extraordinariamente sorprendente la recomendación al Gobierno que hace el Tribunal de Cuentas por su parcialidad. La recomendación se basa en la Ley 24/1997, pero ¿es posible creer que el Tribunal de Cuentas haya olvidado la Ley 14/1986? Juntando ambas normas no creo que el TdeC pudiese mantener esa recomendación.

Por el contrario, las MATEPS, con un presupuesto sanitario similar sí están plantando actualmente un grave problema para el SNS, entre otros perjudicados, como el riesgo de ir desestructurando toda la Atención Primaria, para empezar, que luego ya se verá.

En conclusión, desde una perspectiva global, actualmente MUFACE ni es problema ni es prioridad. Las MATEPS sí. Si alguien quiere realmente ir mejorando el SNS hay que empezar por lo "urgente". A la vista de la recomendación del TdeC me temo que lo que se quiere armonizar es el sistema MUFACE para todos, en este puzzle sólo falta el "tonto útil" que abra el melón. ■

## Bibliografía.

- Legislación. [www.boe.es](http://www.boe.es)
- Fundación Alternativas. Cuadernos de Trabajo. Sistema Nacional de Salud. Análisis y Propuestas, 2001.
- Francisco Sevilla. "La universalización de la atención sanitaria". Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de trabajo 86/2006. Fundación Alternativas.
- Memoria ISFAS. 2008. <http://www.mde.es/isfas/v1/es/ISFAS/memoria.html>.
- Memoria MUFACE. 2008; [http://www.map.es/muface/muface/memorias/common/Memoria\\_2008.pdf](http://www.map.es/muface/muface/memorias/common/Memoria_2008.pdf).
- Memoria MUGEJU. 2007 ([http://www.mjusticia.es/cs/Satellite?c=Documento&cid=1161678293390&pagename=Portal\\_del\\_ciudadano%2FDocumento%2FTempDocumento](http://www.mjusticia.es/cs/Satellite?c=Documento&cid=1161678293390&pagename=Portal_del_ciudadano%2FDocumento%2FTempDocumento)).
- [http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo\\_noticia.jsp?idCanal=2&idContenido=15612](http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=2&idContenido=15612). (30-10-2009. El director general del Grupo Hospital de Madrid, en el Foro Soria 21).
- Resolución, de 26 de septiembre de 2002, aprobada por la

Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación al informe de fiscalización especial sobre la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) a partir del ejercicio 1997. BOE nº 287, de 12 de diciembre de 2002.

- Tribunal de Cuentas. <http://www.tcu.es/>
- Tribunal de Cuentas. Informe nº 673 de la fiscalización especial sobre el proceso de afiliación del personal adscrito a la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y su repercusión en el pago de prestaciones otorgadas por esa entidad.
- Tribunal de Cuentas. Informe nº 688 de la fiscalización especial sobre el proceso de afiliación del personal adscrito a la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE) y su repercusión en el pago de prestaciones otorgadas por esa entidad.
- Tribunal de Cuentas. Informe nº 679 de fiscalización del Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Ejercicio 2002-2003