

ISSN: 2171-6633

DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD EUROPEOS: EL CASO DE ALEMANIA Y ESPAÑA APLICADO A LA TRADUCCIÓN JURADA DE TEXTOS MÉDICO-LEGALES

KATRIN VANESSA LEMKE
Universidad de Córdoba
k.v.lemke@gmail.com

Fecha de recepción: 17.02.2020

Fecha de aceptación: 24.05.2020

Resumen: No cabe duda de que la movilidad de las personas ha aumentado en las últimas décadas y, con ella, la necesidad de traducciones como las de textos médico-legales en el par de idiomas alemán-español. Para poder lograr una traducción de calidad, el traductor médico ha de conocer a fondo el ámbito en el que se mueve y, no solo el de la medicina en su sentido más estricto, sino también el sistema de salud al que el documento pertenece. Por este motivo, nos propusimos estudiar los sistemas de salud alemán y español en el contexto de la seguridad social y los modelos existentes, analizándolos y comparándolos, para determinar, finalmente, sus diferencias y similitudes, cuyo conocimiento servirá de apoyo al traductor médico alemán-español.

Palabras clave: seguridad social, sistemas de salud, Alemania, España.

Differences and similarities between European health systems: the case of Germany and Spain applied to the official translation of medico-legal texts

Abstract: There is no doubt that the mobility of people has increased over the last decades and, thus, the need for translations such as those of medical-legal documents in the German-Spanish language pair. In order to obtain a translation of quality, the medical translator needs a thorough knowledge of the respective field, not only in Medicine in its strictest sense, but also regarding the health care system the text refers to. Therefore, we aimed to study the German and Spanish health care systems

within the social security system and the existing models, analysing and comparing them, to determine their differences and similarities, knowledge of which is intended to serve as a support for the German-Spanish medical translator.

Key words: social security, health care systems, Germany, Spain.

Sumario: 1. Introducción. 2. Metodología. 3. Resultados. 3.1. La seguridad social. 3.2. Los modelos de sistemas de salud. 3.3. Los sistemas de salud alemán y español. Conclusiones.

1. Introducción

En el marco de la elaboración de una tesis sobre la traducción de textos médico-legales en el par de idiomas alemán-español, surge el presente documento, cuyo primordial objetivo consiste en estudiar el campo en el que se lleva a cabo dicha actividad: la seguridad social y los sistemas de salud. Asimismo, se pretende determinar las diferencias y similitudes más importantes que se detectan al respecto en el caso de Alemania y España con el fin de facilitar la labor traductora en el ámbito de la medicina.

2. Metodología

Para ello, se repasarán, en primer lugar, las principales características de la seguridad social, tanto a nivel general como a nivel del país germanoparlante y del ibérico, así como los rasgos generales de los modelos de sistemas de salud existentes en Europa, de los que, como se verá en adelante, Alemania y España constituyen, respectivamente, un ejemplo. Antes de enfocar-nos en los sistemas de salud de estos dos países elaboraremos, además, una tabla que servirá para comparar los dos modelos. Para terminar, procederemos a analizar brevemente los sistemas de salud alemán y español, con respecto a los cuales también se confeccionará una tabla comparativa que permitirá determinar las diferencias y similitudes más importantes, cuyo conocimiento, a su vez, ayudará al traductor del campo mencionado a realizar su trabajo.

3. Resultados

3.1. La seguridad social

Según la Organización Internacional del Trabajo, la seguridad social es la protección que una sociedad brinda a las personas para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, especialmente en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia. De acuerdo con la OIT, se financia a través de cotizaciones e impuestos y abarca nueve ramas. (Organización Internacional del Trabajo 2003; Organización Internacional del Trabajo, 2020)

En Alemania, la *gesetzliche Sozialversicherung* (seguridad social) está compuesta por cinco áreas, entre ellas, el *Krankenversicherung* (seguro de enfermedad), y su objetivo consiste en la protección ante la pérdida de ingresos en caso de enfermedad, etc. En general, la cotización, calculada en base al *beitragspflichtigen Entgelts* (los ingresos brutos), es obligatoria y se reparte de modo equitativo entre empresario y empleado, aunque también es cierto que existen excepciones, por ejemplo, en cuanto al *Krankenversicherung*, algunas de las que se abordarán en este artículo.

En España, el sistema de Seguridad Social también abarca prestaciones relativas a la asistencia sanitaria, cuyo fin es prevenir, compensar o superar ciertas situaciones de necesidad o infortunio concretos. Se basa en dos niveles de protección, el sistema no contributivo y el contributivo, que, a su vez, integra dos tipos de regímenes, el general y tres especiales, y, a diferencia de Alemania, las cotizaciones no se distribuyen de modo equitativo entre los afiliados y la empresa y varían según el régimen, la profesión, así como otros criterios.

3.2. Los modelos de sistemas de salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de sistema de salud se define como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuya razón de ser es la consecución del grado más alto posible de salud, el estado de completo bienestar físico, mental y social (Organización Mundial de la Salud 2003). Y a pesar de que la finalidad, tal y como la describe la OMS, es común a todos los países del mundo y, por lo tanto, también en Europa, debido a varios factores como, por ejemplo, la

organización política, resulta difícil establecer una comparación. Sin embargo, se suele emplear la clasificación propuesta en 1987 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que se basa en la fuente de financiación y diferencia entre el modelo de seguros sociales y el modelo de servicio nacional de salud. (Organisation for Economic Co-operation and Development, *Financing and Delivering Health Care* 1987)

El más antiguo de estos dos modelos lo representa el modelo de seguros sociales, que fue adoptado por siete países de la UE-15, entre los cuales se encuentra Alemania. Nace en 1883 a iniciativa de Bismarck, el entonces canciller del país, por lo cual también es referido como modelo Bismarck o modelo bismarckiano, y se financia a través de la seguridad social, cuya función la ejercen los llamados fondos o cajas. Estas entidades independientes del Gobierno se encargan de la gestión de las primas que han de pagar los empresarios y trabajadores, así como de las aportaciones subsidiarias del Estado, y las destinan a la contratación de hospitales y profesionales sanitarios por medio de pago por acto o a base de presupuestos. En general, la contribución es obligatoria para toda la población; sin embargo, hay excepciones: en algunos países, los ciudadanos pueden optar por la suscripción a un seguro privado sustitutorio o incluso permanecer sin seguro médico.

El segundo modelo, el modelo de servicio nacional de salud o sistema nacional de salud, por su parte, surge en 1948 y se remonta al denominado Informe Beveridge, por lo cual también se denomina modelo Beveridge. Este modelo, en el que se basa España, entre otros siete países de la UE-15, es gestionado por el Gobierno, que es responsable de la financiación y supervisión y, en la mayor parte, también de la provisión de los servicios sanitarios. A diferencia de las cajas en el modelo Bismarck, obtiene sus recursos financieros principalmente a través de impuestos y retribuye a los profesionales sanitarios a base de presupuestos y por salario o capitación.

Aparte de la distinta financiación, se constatan otras diferencias entre los dos modelos de salud europeos, las cuales hemos resumido en la tabla 1:

Tabla 1. Comparación entre los modelos de sistemas de salud.

	Modelo de seguros sociales	Modelo de servicio nacional de salud
Primera implantación	1883, Alemania	1948, Reino Unido
Creador	Bismarck	Beveridge
Gestión	Independiente del Gobierno	Gobierno
Financiación	Primas y aportaciones del Estado	Impuestos
Afiliación	Obligatoria/voluntaria	Obligatoria
Provisión de servicios	Independiente del Estado	Estado
Pago de sanitarios	Por acto o a base de presupuestos	Salario o capitación a base de presupuestos

Fuente: Elaboración propia.

3.3. Los sistemas de salud alemán y español

Según lo expuesto, Alemania se rige por el modelo Bismarck. Además de presentar, por tanto, las principales características de dicho modelo, es decir, una gestión, financiación y provisión de servicios basadas en el principio de la autonomía y una afiliación, por lo general, obligatoria, en relación con su organización y estructura, se puede decir que está dividido en la atención ambulatoria, prestada, sin hospitalización, en consultas privadas y compartidas y centros de atención médica y hospitales, y la hospitalizada, en cuyo caso el paciente permanece durante el periodo de su tratamiento en el respectivo centro, y que coexisten en igualdad de funciones el sector público y el privado, entre los que la población puede elegir según ciertos criterios: en general, la mayoría ha de estar afiliada a una caja pública; no obstante, los trabajadores por cuenta propia, funcionarios y estudiantes, entre otros, también pueden acogerse a un seguro privado sustitutorio, que se diferencia, conforme a lo que se observa en la tabla 2, por ejemplo, en que su cuota no se calcula según la capacidad económica, sino el riesgo. Finalmente, cabe señalar que las responsabilidades en el sistema alemán están repartidas entre instituciones nacionales y regionales, que, en su mayoría, están dotadas de derechos de igual valor.

Tabla 2. Comparación entre el seguro médico público y el privado.

	Seguro público	Seguro privado
Afiliados	Forzosos, dependientes y voluntarios	Voluntarios
Cambio al otro sistema	Posible	Imposible
Calculación de la cuota	Según capacidad económica	Según riesgo
Elección de médico	Limitada a la medicina clásica	Sin restricciones
Prestaciones	Mínimo prescrito	Según recomendaciones
Relación aseguradora/proveedor	Convenios	Ningún vínculo contractual
Pago de sanitarios	Por las asociaciones	Sistema de reembolso

Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta a España, que se orienta, según se ha señalado anteriormente, en el modelo Beveridge, conviene apuntar a que su sistema se considera universal, equitativo y gratuito y que predomina claramente el sector público, al que ha de estar afiliada de manera obligatoria, por lo general, toda la población: la contratación de un seguro privado sustitutorio suele ser imposible. En relación con su organización y estructura, cabe destacar que se trata de un sistema descentralizado, que se estructura en la atención primaria, prestada en los centros de salud y consultorios locales, sin hospitalización, y la especializada, que se da en los centros de especialidades y hospitales, con o sin hospitalización. Se financia a través de recursos de las administraciones públicas, obtenidos a partir de impuestos y destinados a la contratación de profesionales sanitarios, que dependen directamente del sistema y cobran un salario fijo.

Conclusiones

En síntesis, según muestra lo descrito en este artículo y la tabla 3, resumen de este, se puede decir que existen considerables diferencias entre los sistemas de salud de Alemania y España. No solo se rigen por dos

modelos diferentes, sino también difieren perceptiblemente en relación con otros aspectos, como la organización, gestión, financiación, etc.

Tabla 3. Comparación entre los sistemas de salud alemán y español.

	Alemania	España
Modelo	Bismarck	Beveridge
Sistema	Público/privado	Público
Organización	Atención ambulatoria y hospitalizada	Atención primaria y especializada
Gestión	Autonómica	Gobiernos
Financiación	Cotizaciones y subvenciones	Impuestos
Servicios	Independientes del Estado	Dependientes del Estado
Pago de sanitarios	Por acto según tarifas oficiales	Salario fijo a base de presupuestos
Afiliación	Obligatoria/voluntaria	Obligatoria
Elección de médico	Libre	Limitada

Fuente: elaboración propia.

Referencias bibliográficas

- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Hechos concretos sobre la seguridad social*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 2003. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf [Consultado: 09/02/2020].
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima)*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo: 1952 (núm. 102). Disponible en: https://www.ilo.org/secoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_222058/lang-es/index.htm [Consultado: 09/02/2020].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud: 2003. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42822/9243562436.pdf?sequence=1> [Consultado: 27/11/2019].
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Financing and Delivering Health Care: A comparative Analysis of OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, 1987.

