

La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social

Francisco Sevilla

Documento de trabajo 86/2006

Estudio cofinanciado por FIPROS



Francisco Sevilla

Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales en Francia, desarrolla su actividad en la Embajada Bilateral y en la Representación Permanente ante la OCDE desde septiembre de 2004.

Funcionario de carrera, ha desempeñado diferentes puestos de responsabilidad en el sector sanitario, entre ellos el de Director General de Aseguramiento y Planificación en el Ministerio de Sanidad y Consumo (1994-1996) y el de Consejero de Salud y Servicios Sanitarios en el Gobierno del Principado de Asturias (1999-2003).

Médico de formación, es especialista en Dirección y Administración sanitaria, colabora con la Escuela Nacional de Sanidad y residió dos años (1997-1998) en Baltimore (EE UU) como *Visiting Professor* en el Departamento de Política y Administración Sanitaria en la Escuela de Salud Pública de la Johns Hopkins University.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Francisco Sevilla

ISBN: 84-96204-96-0

Depósito Legal: M-17047-2006

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
1 Evolución de la atención sanitaria pública en España: de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud	10
1.1 La Seguridad Social y la atención sanitaria	10
1.2 El SNS como sistema sanitario	17
2 El derecho a la atención sanitaria: situación actual	21
3 Consecuencias y paradojas de la falta de universalización	25
3.1 El SNS no es el asegurador universal	25
3.2 El SNS y la salud laboral	31
3.3 El SNS y las mutualidades	34
3.4 El SNS y la colaboración de empresas	38
3.5 El SNS y la atención a los trabajadores del mar	41
3.6 El SNS y la atención a los emigrantes: españoles en el exterior y retornados	42
4 El SNS y el patrimonio de la Seguridad Social adscrito a las comunidades autónomas	44
5 Conclusiones y propuestas: el SNS como asegurador universal	46
6 Resumen	53
Bibliografía	55

Siglas y acrónimos

APD	Asistencia pública domiciliaria
ASSS	Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social
CC AA	Comunidades autónomas
CC OO	Comisiones Obreras
CI	Consejo Interterritorial
EE UU	Estados Unidos
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INP	Instituto Nacional de Previsión
Insalud	Instituto Nacional de la Salud
Inserso	Instituto Nacional de Servicios Sociales
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ISM	Instituto Social de la Marina
IT	Incapacidad Temporal
LCC	Ley de Calidad y Cohesión del SNS
LGS	Ley General de Sanidad
MUFACE	Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
MUNPAL	Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local
PP	Partido Popular
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
RD	Real Decreto
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
TIS	Tarjeta Individual Sanitaria
UCD	Unión de Centro Democrático
UGT	Unión General de Trabajadores

La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social

Francisco Sevilla

Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales

La extensión de la cobertura sanitaria en España y la percepción de garantía y seguridad por parte de los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios, factor importante de cohesión social, son dos grandes logros de la Seguridad Social en España. Al mismo tiempo, la compleja interrelación entre Sistema Nacional de Salud (SNS) y Seguridad Social ha imposibilitado, hasta ahora, la consecución de la universalización, que sigue siendo un reto para el sistema de protección social en España.

La atención sanitaria en España en el año 2005 no está universalizada, aunque su utilización *de facto* sea universal en los centros públicos. Además, existen colectivos con prestaciones y condiciones de acceso diferentes a la prestación sanitaria. En consecuencia, la equidad, la eficiencia y la calidad en la prestación sanitaria pública se encuentran comprometidas y el SNS, como instrumento reconocido de solidaridad y cohesión social, en peligro. Al mismo tiempo, la consideración de la prestación como mínimo es confusa desde su regulación como un derecho de ciudadanía a su consideración como una prestación de la Seguridad Social.

Se entiende, pues, como universalización, la extensión de la acción protectora sanitaria con un contenido homogéneo y con financiación pública para todos, tal como lo hace la Ley General de Sanidad de 1986 al diseñar en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos un sistema de aseguramiento público y único. Este es el planteamiento que hace este documento de trabajo y, por consiguiente, tras un análisis detallado de la situación de la cobertura sanitaria, propone los pasos y actuaciones necesarios para conseguirlo.

La universalización de la atención sanitaria –dada la situación de hecho, con coberturas con financiación pública que alcanzan al 99,8% de los ciudadanos en el año 2005 y con el SNS responsable de la del 95%– es factible tanto legal como económicamente. El reto, por tanto, es fundamentalmente de naturaleza política y, dada la historia y la realidad actual de la protección social en España, correspondería a la Seguridad Social impulsar el desarrollo de aquellas medidas que culminen el proceso.

La universalización de la atención sanitaria en España puede realizarse bien como prestación de ciudadanía, bien como prestación no contributiva de la Seguridad Social. El estudio presenta las condiciones para que cualquiera de las dos alternativas pueda ser adecuada, si bien se posiciona por el mantenimiento de la protección sanitaria dentro del esquema de Seguridad Social y la descentralización plena de su organización y gestión. En consecuencia, debería regularse la prestación sanitaria como una prestación universal de carácter no contributivo de la Seguridad Social, cuya organización y gestión está plenamente descentralizada en las Comunidades Autónomas.

Puesto que en España se ha logrado una atención sanitaria universal en la práctica pero con una construcción pragmática de piezas añadidas, es hora de que con una voluntad política exigente se logre la universalización mediante una construcción jurídica, patrimonial y financiera coherente, de manera que el ciudadano sea un sujeto *de iure* de la atención sanitaria igual y homogénea, financiada con medios públicos. Y para llegar a una situación en que la cobertura sanitaria sea universal, es necesario dar una serie de pasos firmes, tales como:

- Definir como titulares del derecho a la atención sanitaria pública a todos los ciudadanos españoles que integrarían un colectivo único, así como a los residentes y contribuyentes fiscales en España, en las mismas condiciones que los españoles, y a los transeúntes y residentes no contribuyentes amparados por los convenios internacionales.
- Establecer el SNS como la institución garante de la cobertura sanitaria, común para todos los ciudadanos, y desligar radicalmente el derecho a la prestación sanitaria, prestación no contributiva, de las prestaciones contributivas a la Seguridad Social.

La universalización de la atención sanitaria precisa, además, para ser plenamente efectiva, una nueva ordenación de las relaciones del SNS con la Seguridad Social, que incluya desde los temas patrimoniales a la salud laboral, como se plantea en el estudio, y una definición sobre el modelo de aseguramiento. Este estudio se posiciona por un modelo de aseguramiento público y único como planteaba la Ley General de Sanidad. La existencia de aseguramiento múltiple con financiación pública para colectivos concretos de ciudadanos se ha convertido, en la práctica, en la dificultad principal para proceder a la universalización en los años pasados; en el momento actual parece posible separar ambos procesos y se considera exigible una definición del modelo de aseguramiento para todos.

Introducción

La atención sanitaria en España en el año 2005 no está universalizada, aunque su utilización *de facto* sea universal en los centros públicos. Al mismo tiempo, la consideración de la prestación es, como mínimo, confusa: desde su regulación como un derecho de ciudadanía a su concepción como una prestación de la Seguridad Social, durante mucho tiempo de base profesional y actualmente, quizás, en su modalidad no contributiva.

El objetivo principal de este informe es analizar la situación actual de la asistencia sanitaria en lo relativo a la universalización, entendida como la extensión de la acción protectora con un contenido homogéneo financiado públicamente para todos, y proponer las actuaciones necesarias para conseguirlo. Por tanto, se plantea en él, al igual que lo hacía la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS), un sistema de financiación pública y aseguramiento único en el que todos tengan acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad, sin condicionar ni plantear en ningún momento la unificación de las redes asistenciales ni la de las funciones de sus diferentes componentes.

El estudio comienza con una descripción de la relación entre la atención sanitaria y la Seguridad Social. La acción protectora de la Seguridad Social incluye, como es conocido, la asistencia sanitaria por cualquier hecho causante y la prestación sanitaria sigue siendo considerada de la Seguridad Social, estando garantizada por las mutuas en el caso de enfermedad profesional y accidente laboral y por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en prácticamente todos los demás casos.

Posteriormente se analiza el SNS, el instrumento creado por la LGS para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, y que se ha convertido en el principal subsistema sanitario existente en España en el inicio del siglo XXI, a pesar de lo cual no está bien definido y con una delimitación, en ocasiones, ambigua. El SNS puede caracterizarse en el año 2005 como un sistema en transición desde la Seguridad Social y su conglomerado de subsistemas independientes (Tortuero y Panizo, 2003), hacia un sistema integrado, aún no establecido, y en el que se perciben incertidumbres sobre su configuración final para los diferentes actores que la deben orientar, partidos políticos y agentes sociales principalmente.

En esta transición el elemento clave es la universalización, y por ello el informe recoge las principales normas que, de una u otra manera, tienen que ver con el derecho a la atención sanitaria y su definición.

La universalización de la atención sanitaria se considera imprescindible para: a) poder hablar del derecho tal y como emana de la Constitución de 1978 y plantea la LGS; b) mejorar la equidad del sistema; c) legitimar la solidaridad como principio básico del sistema; y d) mejorar la eficiencia.

El SNS debería ser el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas y de la Administración General del Estado, es decir, el conjunto integrado de todos los servicios con financiación pública. Sin embargo, cuando se habla del SNS no se entiende ese concepto y así, entre otras carencias, el Consejo Interterritorial, órgano de coordinación de las administraciones en el sector salud, no es competente para abordar los asuntos de las mutualidades de funcionarios o los de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Por tanto, quedan fuera de las consideraciones de dicho organismo todas las actividades relacionadas con la salud laboral de los trabajadores, o la organización y gestión de la protección de la salud de un amplio colectivo de ciudadanos, como son los funcionarios y sus beneficiarios.

El SNS, en realidad, sigue siendo en el año 2005 la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS), gestionada por los servicios de salud de las comunidades autónomas. La ASSS engloba la acción protectora de la Seguridad Social para todos sus regímenes, general y especiales, en los casos de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad. La cobertura sanitaria, prácticamente universalizada desde finales de los años ochenta del siglo xx, sigue vinculada para la mayoría de los ciudadanos a la relación que se adquiere con la Seguridad Social, y es el resultado de múltiples decisiones de ampliaciones de cobertura tomadas en los últimos 40 años en el ámbito de la Seguridad Social. En ningún caso se ha procedido a crear un cuerpo legal coherente con lo establecido en la LGS que regule plenamente el reconocimiento efectivo del derecho a la protección sanitaria y la autoridad competente en materia de aseguramiento sanitario, incluyendo el contenido de la “póliza” pública y las condiciones de acceso a la prestación. De hecho, los ciudadanos, cuando van al médico, suelen señalar que van al “seguro”, a pesar de que la Seguridad Social hace ya muchos años que no interviene directamente en la prestación, y las siglas ASSS siguen estando presentes en todos los cupones precinto de las medicinas con financiación pública.

La LGS se inspiró para crear el SNS en los modelos sanitarios desarrollados en diferentes países europeos por el socialismo democrático, y lo adaptó a la realidad del Estado de las Autonomías. La Ley, sin embargo, no estableció de forma clara los principios ni los criterios necesarios para conformar el sistema sanitario que planteaba ni para conseguir de manera efectiva los objetivos generales que estaban definidos. La consecuencia es que casi 20 años después de haberse aprobado la LGS con la misión de garantizar a todos los ciudadanos un acceso en condiciones de igualdad a las prestaciones sanitarias, el SNS en realidad 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 causa para la “confusión” entre prestación pública universalizada, prestación de base profesional y ciudadanos con coberturas “especiales” se encuentra en que el SNS no sustituyó a la Seguridad Social, sino que se superpuso a ella, aspecto que se analiza con detalle en el informe, que finaliza con las propuestas para hacer posible la universalización de la atención sanitaria en un SNS de todos –porque todos lo financiamos– para todos los que necesiten sus servicios. Las razones para ello hay que buscarlas en una falta de voluntad política manifiesta para asumir en la práctica y para todos la protección integral de la salud, así como en la errónea y generalizada creencia, en ocasiones también interesada, de la atención sanitaria como un derecho universal garantizado por el SNS.

La extensión de la cobertura sanitaria en España y la percepción de garantía y seguridad por parte de los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios, factor importante de cohesión social, es uno de los grandes logros de la Seguridad Social en España. Al mismo tiempo, la compleja interrelación que se ha permitido entre el SNS y la Seguridad Social ha imposibilitado la consecución de la universalización, que sigue siendo un reto para el sistema de protección social en España.

Alcanzar la universalización precisa de una implicación activa de la Seguridad Social para desvincular, definitivamente, la cobertura sanitaria de las prestaciones contributivas de la entidad y para facilitar su ejercicio como prestación individual a la que se accede por ser ciudadano, y no de base profesional. Simultáneamente, el derecho debe poder ser ejercido por todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, lo que convierte al aseguramiento único en el gran reto político de la universalización, dada la situación actual.

1. Evolución de la atención sanitaria pública en España: de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud

1.1 La Seguridad Social y la atención sanitaria

El primer gran instrumento para la protección social en España apareció en 1908 con la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP). La asistencia sanitaria entró a formar parte de dicha protección con el Real Decreto (RD) de 18 de marzo de 1919 de aseguramiento del paro forzoso, que aseguraba su cobertura en el caso de enfermedad común y confiaba su provisión a la iniciativa privada. El denominado Seguro de Maternidad se estableció en 1929, y el primer seguro obligatorio de enfermedad en la práctica, el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), en 1942. El INP se encargó en 1957 de la elaboración del denominado Plan Nacional de Seguridad Social, origen de la Ley de Bases de la Seguridad Social, aprobada el 28 de diciembre de 1963, que entró en vigor el 1 de enero de 1967, momento en el que legalmente aparece en España un sistema armónico de Seguridad Social en el que se integra el SOE y, por tanto, la cobertura de la asistencia sanitaria como una prestación más de las incluidas en la acción protectora del sistema.

En la historia de la protección social en España pueden diferenciarse cuatro grandes etapas. Una primera de creación y lenta implantación de los seguros sociales, que ocupa el primer tercio del siglo XX. Una segunda, durante la II República, que planteó ambiciosos objetivos en la protección social que, sin embargo, como otros muchos proyectos, fueron dramáticamente truncados. La tercera arranca en plena Guerra Civil, en la zona franquista, y culmina con la Ley de la Seguridad Social en 1967. La cuarta etapa comienza con la Transición y los Pactos de la Moncloa de 1976, y se caracteriza por el desarrollo máximo posible de la Ley de la Seguridad Social, mediante la extensión de la protección a diferentes colectivos o la creación de las pensiones no contributivas, así como por las reformas en su financiación y en los requisitos para acceder a las prestaciones económicas para garantizar la viabilidad del sistema. Esta etapa se mantiene hasta la actualidad con los grandes acuerdos políticos y sociales, especialmente el conocido como Pacto de Toledo de 1996, para dar estabilidad y sostenibilidad al sistema de protección social en España.

El sistema de protección social vigente hasta enero de 1967 arrancó en marzo de 1938, en plena Guerra Civil, cuando se promulgó en la zona franquista el Fuero del Trabajo. El

desarrollo de la protección social durante la dictadura franquista tuvo uno de sus pilares en la asistencia sanitaria con un modelo orientado exclusivamente a tratar la enfermedad y aliviar su impacto, no a promover la salud, y dio lugar al desarrollo del SOE. En esa época la asistencia sanitaria, excepto para aquéllos sin ningún recurso que eran atendidos por la beneficencia, era exclusivamente privada.

La salud pública, por otro lado, y entendida exclusivamente como prevención de la enfermedad y no como promoción de la salud, se reguló en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, que sustituyó a la de Beneficencia de 1849. La Ley de Bases de 1944 mantuvo el concepto de beneficencia, incluyendo la enfermedad mental como una patología propia de este colectivo. La atención a la enfermedad mental siguió la tradición de la “peligrosidad social” regulada en la Ley de 1849 y la segregación de los “enfermos” como principal actuación terapéutica. La salud mental no se incorporó conceptualmente a la ASSS hasta el Informe Interministerial para la Reforma Psiquiátrica elaborado en los años 1982-1984, y no se consideró una prestación del SNS hasta el RD de Ordenación de Prestaciones de 1995.

De esta forma –sanidad privada, sanidad nacional y SOE– se estableció, en los años cuarenta, el esquema del sistema de protección ante la enfermedad, que estuvo vigente hasta finales de los años setenta del siglo XX¹. Por un lado, la prevención, especialmente en todo lo relacionado con las enfermedades infectocontagiosas, dependía de la Administración local y de la Dirección General de Sanidad ubicada en el Ministerio de Gobernación. Por otro, la asistencia sanitaria se basaba en el sector privado con o sin ánimo de lucro, como la red hospitalaria de Cruz Roja, excepto aquellas situaciones asumidas por el Estado, que incluían la asistencia de beneficencia² o el tratamiento de determinadas patologías infectocontagiosas, como la tuberculosis, para lo que se crearon diferentes centros monográficos. El SOE, en este entorno, se concibió como un sistema de protección complementario para cubrir los gastos derivados de la enfermedad, tanto los de los jornales perdidos como los derivados del coste de los servicios sanitarios.

El sistema sanitario asistencial se concibió, en consecuencia, de forma estratificada en tres niveles: beneficencia, asistencia privada y un nicho, el SOE, que, sin embargo, acabaría convirtiéndose en el sistema mayoritario en pocos años. La creación del SOE tuvo una importancia clave en el desarrollo de la asistencia sanitaria en España, ya que acabó imponiéndose como el sistema hegemónico de la sanidad, desplazando al resto de los sistemas de cobertura, y su base ideológica y esquema organizativo se han perpetuado, a pesar de los sucesivos intentos de reforma realizados.

¹ Para aquéllos interesados en la construcción del sistema sanitario público en España, se recomienda el trabajo de Guillén Rodríguez (1996).

² La asistencia a la beneficencia se realizaba por la APD, médicos y enfermeras dependientes de las administraciones locales, y en los hospitales municipales y de las diputaciones o en los clínicos vinculados a las facultades de medicina y que desde el siglo XIX se fueron construyendo para dar respuesta a las necesidades de la formación médica.

El SOE, creado en diciembre de 1942, se financiaba mediante las contribuciones de empresarios y trabajadores³, y su campo de aplicación eran “los productores económicamente débiles mayores de 14 años” de la industria y los servicios y los familiares que vivan a sus expensas. Por productores económicamente débiles se entendían todos aquellos con un salario anual inferior a las 9.000 pesetas, base que en años sucesivos fue ampliándose hasta alcanzar las 66.000 pesetas anuales en 1963; ampliación nominal, que no real, cuando se actualiza con la inflación. A pesar de su orientación limitativa para un colectivo concreto, la cobertura del SOE alcanzaba a 7,7 millones de ciudadanos sólo cuatro años después de su creación, el 28,5% de la población en 1946, y se extendió hasta los 15,6 millones, el 49,7% de la población, en 1963⁴, en un proceso de ampliación consecuencia fundamentalmente del crecimiento vegetativo de la población asegurada al mantenerse la barrera económica, en base real, en términos similares desde su inicio.

La asistencia sanitaria cubierta por el SOE era exclusivamente reparadora, incluía la hospitalización quirúrgica y obstétrica, pero no la médica ni la de enfermedades psiquiátricas, la farmacia era gratuita dentro de un petitorio y contemplaba una prestación económica sustitutiva de la pérdida de jornal por la enfermedad. La gestión del SOE se encomendó a la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, integrada en el INP en calidad de entidad aseguradora única, pero podía ser delegada en entidades colaboradoras, a pesar de que el SOE se concibió como un seguro unitario, dando lugar a una gran complejidad administrativa.

El final de la década de los años cincuenta va a ser clave para la protección social y la asistencia sanitaria en España, al igual que lo fue en otros muchos sectores de la vida nacional. El INP asumió en 1957 la realización del Plan Nacional de Seguridad Social, que daría lugar al proyecto de Ley de Bases de la Seguridad Social y, en definitiva, a la propia Seguridad Social.

La Ley de Bases de la Seguridad Social, aprobada en 1963 y en vigor desde enero de 1967, tenía como uno de sus principios organizativos la unidad, a pesar de lo cual consolidó la fragmentación del sistema previo de protección social. El régimen general se creó para los trabajadores por cuenta ajena, pero se respetaron muchos de los esquemas de protección preexistentes, como el de los estudiantes, y se facilitó el desarrollo de otros nuevos, como el agrario o el de la minería del carbón, al crearse los denominados regímenes especiales diferenciados del Régimen General (Bases III y XVII de la Ley de 1963), regímenes que varían entre sí en los requerimientos para la afiliación, la financiación, y los servicios y prestaciones establecidos.

³ En 1948 se estableció una cuota única para todos los seguros obligatorios, que representaba el 18% del salario; la aportación del Estado a la financiación del sistema de protección social durante la dictadura fue simbólica, aproximadamente el 3,7% del presupuesto total durante el periodo, en claro contraste con el 25,04% que había alcanzado la participación estatal en el coste del sistema en 1935.

⁴ Los datos de cobertura fluctúan en función de la fuente consultada, por lo que en este trabajo se utilizan en todos los casos los publicados por Freire (1993).

La Ley de Bases de la Seguridad Social, en relación con la atención sanitaria, es plenamente congruente con la ya clásica segmentación del sistema español entre salud pública y asistencia sanitaria, y dentro de ésta, entre beneficencia y Seguridad Social; y, además, consolidó la diferenciación entre enfermedad profesional y accidente de trabajo, por un lado, y enfermedad común y accidente no laboral, por otro. Así, la Base XV de la Ley señala la necesidad de incrementar la colaboración en acciones como la medicina preventiva o la higiene y seguridad en el trabajo.

La Ley de Bases de la Seguridad Social mantuvo el concepto de asistencia sanitaria preexistente y tampoco modificó la organización ni la gestión heredada del SOE; de hecho, las únicas variaciones reseñables en este sentido fueron: a) la supresión del petitorio en farmacia y de la gratuidad de la prestación farmacéutica⁵; b) la ampliación de las prestaciones para incluir la hospitalización médica; y c) la regulación de la ortoprótesis.

La aparición de la Seguridad Social va a suponer, por tanto, para la sanidad pública, la consolidación, que no el cambio ni la transformación, de un modelo inspirado en los principios y criterios organizativos del SOE, que extendió su cobertura desde el 63,87% de la población (21,4 millones) en 1970 hasta el 81,76% (30 millones) en 1978, tanto por crecimiento demográfico como por el salto cualitativo que supuso la eliminación de los topes para acceder a la prestación sanitaria. La disposición final 11ª de la Ley 24/1972, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora de la Seguridad Social, posibilitó el acceso a la acción protectora de todos los trabajadores por cuenta ajena con independencia de sus niveles retributivos, eliminando la orientación del sistema a los “económicamente débiles”.

Los años de la transición a la democracia, en teoría la ocasión más propicia para llevar a cabo reformas en profundidad, no representaron para la sanidad pública ninguna transformación. La ASSS en España, durante la Transición, era el referente de lo que se entendía como sistema sanitario público, al dar cobertura a más del 80% de los ciudadanos en los casos de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad. Sin embargo, la característica principal del periodo en materia sanitaria era su fragmentación a todos los niveles. En España, en 1976, existían diferentes sistemas de protección con financiación pública, múltiples redes asistenciales públicas, las mutualidades laborales asumían la enfermedad profesional y el accidente laboral, era notable la desconexión de las actividades asistenciales con las actuaciones de salud pública y la denominada sanidad nacional, y la atención a la enfermedad mental no estaba cubierta por la Seguridad Social.

La Seguridad Social era el referente porque era el principal financiador de la asistencia sanitaria y daba cobertura a un 82% de la población en 1978; pero también, y a diferencia de otros sistemas de Seguridad Social europeos, porque era el prestador hegemónico de

⁵ Al mismo tiempo que se consagraba la libertad de prescripción, durante mucho tiempo demandada tanto por los médicos como por los farmacéuticos, se introdujo el copago por parte de los usuarios.

los servicios a través de los centros propios, hospitales y ambulatorios, y los profesionales empleados directamente. La ASSS era, por tanto, el elemento clave de la sanidad pública española, mediante un sistema cerrado que financiaba y prestaba servicios a sus asegurados, que formaba a sus profesionales y que en su organización se caracterizaba por una alta centralización.

El año 1978 es un año crucial por la aprobación de la Constitución, que reconoce el derecho a la protección de la salud y crea el Estado de las Autonomías, y también, desde el punto de vista de la protección social, por la desaparición del INP.

En efecto, en dicho año y mediante el RD-Ley 36/1978, se procede a una reorganización de todo el sistema de Seguridad Social que pretende su simplificación y racionalización, para lo cual, además de la desaparición del INP, plantea la extinción de todas las entidades gestoras de estructura mutualista y crea tres grandes entidades gestoras: el INSS, el INSALUD y el INSERSO. De esta manera, se ponen las bases para que toda la acción protectora en relación con la salud, competencia del INSALUD, se integre en una única entidad.

La creación de las entidades gestoras de la Seguridad Social y la existencia de la Tesorería General han tenido un impacto muy positivo para la ordenación del sistema de protección social, así como para la mejora en la organización y gestión de la propia entidad. Sin embargo, desde el punto de vista de la ordenación de la prestación sanitaria, se ha producido la paradoja de la lejanía, dada la tutela del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el INSALUD y, en consecuencia, la falta de implicación activa de la Seguridad Social en la resolución de muchos temas. Así, por ejemplo, se han producido ampliaciones de cobertura a espaldas del SNS sin abordar conjuntamente el reto común de la universalización, o en los análisis orientados a garantizar la estabilidad financiera de la propia Seguridad Social se ha obviado la problemática del gasto sanitario como algo ajeno a la institución.

La Constitución de 1978, además de establecer el derecho a la protección de la salud de todos los españoles, conformó el Estado como un Estado de las Autonomías, en el que consideró competencias de la Administración General del Estado las de Seguridad Social, mientras que atribuía a las comunidades autónomas (CC AA) las relacionadas con la sanidad nacional. De esta forma se pusieron las bases para un sistema sanitario descentralizado políticamente. Por un lado, las materias de salud pública, planificación sanitaria y servicios asistenciales de la sanidad nacional pasaron a ser competencia de las CC AA por mandato constitucional. Por otro, en materia de ASSS se iniciaron las transferencias como consecuencia de la construcción del Estado autonómico. Así, en 1981 se transfirió a Cataluña la organización y gestión de la ASSS con la creación del Instituto Catalán de la Salud como entidad gestora de la Seguridad Social para su ámbito territorial, abriendo el camino para la transferencia a todas las CC AA del artículo 151 de la Constitución. Este proceso conducía necesariamente a que todas las administraciones tuviesen responsabilidades en relación con la protección de la salud y la atención sanitaria.

El PSOE, partido en el gobierno desde 1982 a 1996 y que tuvo mayoría absoluta hasta 1993, propugnaba desde la oposición, en los años de los gobiernos de UCD, un sistema sanitario tipo Servicio Nacional de Salud como los implantados en diferentes países del norte de Europa, y caracterizados por proporcionar cobertura universal por la condición de ciudadano o residente, estar financiados mayoritariamente con impuestos y estar orientados a una protección integral de la salud.

La llegada al gobierno del PSOE en 1982, en plena crisis económica, supuso la necesidad de adecuar la política económica defendida desde la oposición en los años anteriores. El pragmatismo del nuevo rumbo se trasladó a todas las esferas, incluyendo la sanidad, donde se desarrolló un largo, intenso y, con frecuencia, tenso debate, que aparentemente se resolvió con la promulgación de la LGS casi cuatro años después. El ministro de Sanidad de la época puso en conocimiento de todos la conocida como “Operación Primavera” (Lluch, 1998), símbolo de la oposición, muchas veces feroz, de los sectores sanitarios más conservadores y de los parlamentarios de Alianza Popular a la LGS. Sin embargo, para el destino de la propia Ley, los debates en el seno del PSOE y de las propias administraciones, general y autonómicas, en diferentes áreas y en concreto entre mantener el esquema seguridad social o introducir un nuevo modelo sanitario, fueron causa de la ambigüedad de varias de las propuestas recogidas en la Ley.

La LGS no definió un modelo inequívoco de sistema sanitario y reflejó en su articulado el proceso de enfrentamiento, resuelto con un aparente consenso. En sus principios, la Ley define un modelo tipo Servicio Nacional de Salud, adaptado a la estructura del Estado de las Autonomías, al que denomina Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, en su desarrollo posterior la propia Ley no regula el derecho como un derecho de todos, vincula el acceso a las prestaciones sanitarias a la extensión de la cobertura de la Seguridad Social, mantiene como un elemento básico en la financiación las cotizaciones sociales y relega a una disposición transitoria, nunca desarrollada, la integración de todos los sistemas de aseguramiento sanitario existentes. Posteriormente ninguna norma ha resuelto en la práctica el complejo entramado legal, lo que ha dado lugar a la actual superposición de sistemas existentes en relación con la protección sanitaria.

Lo señalado no debe ser óbice para afirmar con total rotundidad que este periodo fue tremendamente fructífero desde el punto de vista del aseguramiento sanitario de los ciudadanos españoles, y a finales de los años ochenta se había alcanzado *de facto* la “universalización”, entendida como cobertura con financiación pública. En 1982, el 84,5% de la población tenía cobertura sanitaria, adoptando el Gobierno socialista diferentes disposiciones para extender la acción protectora de la Seguridad Social al máximo de colectivos posibles, de manera que la cobertura alcanzaba al 96,1% en 1986, año de aprobación de la LGS, y al 99,8% en 1991, una vez incorporados los padrones de beneficencia municipales mediante su asimilación al Régimen General de la Seguridad Social.

El SNS no sustituyó a la Seguridad Social como nueva forma de organizar la protección de la salud, sino que se superpuso a ella. Así, el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social aprobado por RD-Legislativo 1/1994, de 20 de junio, mantiene vigentes todas aquellas normas relacionadas, directa o indirectamente, con las prestaciones sanitarias, y en concreto todo el capítulo IV del título II del texto refundido de la misma Ley aprobado en 1974, Decreto 2065/1974, de 30 de mayo. Es decir, mantiene la atención sanitaria como una prestación de Seguridad Social, pero la complejidad legislativa derivada de la creación del SNS y su evolución aconsejaron al legislador la prudencia de no “refundir”, en ningún sentido, la legislación referente a la sanidad. De esta manera, se consagra en la práctica un sistema de una gran complejidad que ha persistido, sin grandes contradicciones aparentes, debido a la extensión de la ASSS, que da cobertura idéntica en materia sanitaria tanto al Régimen General de la Seguridad Social como a los regímenes especiales, con una extensión de alrededor del 95% de la población, y que constituyen, en la práctica, el colectivo sobre el que desarrolla sus actuaciones el SNS.

El periodo inmediatamente posterior a la aprobación de la LGS, caracterizado desde el punto de vista económico por una fase expansiva, no fue aprovechado para completar en la práctica lo que la Ley dejó pendiente, a pesar de que en 1988 se tomaron dos decisiones trascendentales orientadas a facilitar su desarrollo. La primera, la extensión de la cobertura sanitaria a los ciudadanos sin recursos englobados en los padrones de beneficencia municipales y atendidos hasta entonces por las entidades locales, mediante su asimilación al régimen general de la Seguridad Social. La segunda, el cambio en las fuentes de financiación de la ASSS que, de financiarse por las cuotas a la Seguridad Social, pasó a ser financiada por todos los ciudadanos españoles a través de los impuestos, mediante una aportación finalista desde los Presupuestos Generales del Estado a la Seguridad Social y de forma residual por cotizaciones sociales. Así, en 1989 la aportación finalista del Estado a la Seguridad Social para la financiación de la ASSS fue superior al 70% del presupuesto, siendo la participación de las cuotas de la Seguridad Social inferior al 30%, porcentaje que ha ido disminuyendo hasta ser inferior al 5% en el presupuesto de 1998 y desapareciendo en 1999. Es importante señalar, por si pudiese ser de utilidad para otras actuaciones, que el cambio de fuentes en la financiación pudo realizarse mediante una operación contable que en su momento no tuvo coste alguno para la Seguridad Social, al sustituirse la aportación del Estado para las pensiones no contributivas por la aportación para la prestación sanitaria.

Estas reformas se realizaron sin tocar el concepto de caja única de Seguridad Social que canalizaba toda la financiación de la ASSS, como ocurre con la de todas las demás prestaciones de la institución, ni la característica de la prestación. En consecuencia, la ampliación de la cobertura sanitaria decidida a finales de los años ochenta siguió exactamente el mismo procedimiento –extensión de la acción protectora de la Seguridad Social– que los utilizados en la primera mitad de esa década por los Gobiernos socialistas para poner los pilares de una protección social moderna que llegase a todos los miembros de la sociedad. Por tanto, se amplió la cobertura, pero no se tomó ninguna iniciativa para adecuar el entramado

del aseguramiento sanitario público a lo establecido en los principios de la LGS, ni tampoco de forma coherente con lo dispuesto en el primer artículo de esta Ley.

La universalización de hecho en la utilización de la asistencia sanitaria pública en este periodo y la mejora en las condiciones de la prestación del servicio por el aumento en calidad y cantidad de los profesionales del sistema, así como el desarrollo de nuevas estructuras como los centros de salud y diferentes hospitales, son realidades innegables y de gran valor. Sin embargo, la ausencia de una política sanitaria mantenida y de un modelo de sistema sanitario definido, como consecuencia de las contradicciones no resueltas, provocó una pérdida progresiva de legitimidad, fundamentalmente en los colectivos no usuarios del sistema y en las elites administrativas, al no ser capaces de desarrollar lo dispuesto en la LGS, ni de incorporar las reformas necesarias para hacer frente a los nuevos retos que ya eran evidentes.

1.2 El SNS como sistema sanitario

El SNS es un sistema sanitario de tipo universal, adaptado al Estado de las Autonomías y, por tanto, plenamente descentralizado, incluyendo la capacidad legislativa en su organización y gestión, y construido desde un sistema de Seguridad Social, como se ha señalado.

Los modelos universales, también conocidos como servicios nacionales de salud, se caracterizan por tener: aseguramiento universal, financiación pública y provisión mayoritariamente pública de los servicios. En España, dada la extensión de la ASSS, el aseguramiento es prácticamente universal, pero al menos un 5% de los ciudadanos tiene coberturas distintas a la del régimen general y aproximadamente un 0,3% puede carecer legalmente de cobertura pública directa, aunque pueda acceder a los servicios públicos por diferentes mecanismos. La financiación en los servicios nacionales de salud se realiza fundamentalmente a partir de impuestos; en España, desde 1989, la financiación por impuestos es mayoritaria, y desde 1995, superior al 90%. Los centros para la provisión de servicios, mayoritariamente públicos, pueden ser de diferentes titularidades: fundamentalmente estatales, como en el Reino Unido, o de predominio municipal, como en Suecia; en España, la titularidad es de la Seguridad Social o del Servicio de Salud en que se integran.

El SNS debería ser el encargado de garantizar el derecho a vivir sano y, en consecuencia, debería ejercer las siguientes funciones:

- Liderar las políticas públicas orientadas a garantizar la protección de la salud como un derecho, de tal manera que contribuya a incrementar el bienestar social. Los niveles de salud y la disminución en las desigualdades en salud son excelentes indicadores, desde esta perspectiva, de progreso y bienestar social.

- Garantizar un conjunto de prestaciones sanitarias homogéneas para todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia, así como la movilidad de los ciudadanos con su cobertura en todo el territorio.
- Facilitar que los múltiples agentes que intervienen en la protección de la salud lo hagan de forma armónica y continua. En el abordaje de la enfermedad debe hacerse especial incidencia en los cuidados, de manera que los problemas de salud no se traduzcan en una carga insoportable para los más próximos en los casos de cronicidad o minusvalías.
- Velar por un sistema de financiación suficiente y solidario, que facilite y mejore la cohesión social.
- Dotarse de los instrumentos suficientes que permitan a los servicios de salud de las CC AA incorporar todas las mejoras de efectividad y eficiencia que se desarrollen en el seno del sistema. Entre ellos, se consideran imprescindibles sistemas de información transparentes y útiles en el proceso de toma de decisiones y una política de personal incentivadora y coherente con la organización del sistema.

La LGS, de forma inteligente y pragmática, construía el SNS a partir de la realidad existente y preveía dos procesos de integración en el SNS. El primero, relacionado con la concepción integral de la salud, creaba los servicios de salud de las CC AA y planteaba la integración en ellos de las políticas de salud y las de los servicios de atención. Por primera vez en el sistema sanitario español se planteaba un abordaje integral, uniendo la salud pública, la planificación sanitaria y los servicios asistenciales, que históricamente habían estado separados. En realidad, se trataba de un doble proceso: por un lado, la comunidad autónoma asumía las competencias de autoridad sanitaria en su territorio; por otro, se regulaba la integración de las diferentes redes asistenciales de titularidad pública en los servicios de salud de las CC AA, constituyendo una red única a la que podrían vincularse hospitales de titularidad privada.

El segundo proceso de integración se refería a la integración de los diferentes subsistemas de cobertura con financiación pública: la ASSS, los mutualismos administrativos, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y el Instituto Social de la Marina, en un único sistema.

Los dos procesos de integración son claramente diferentes. El primero, la creación de los servicios de salud de las CC AA, estaba directamente relacionado con las políticas de salud y los servicios sanitarios y era la seña de identidad de un sistema orientado a la protección de la salud que utiliza sinérgicamente todos sus recursos y capacidades para ello.

El segundo, relacionado con la integración de los sistemas de protección sanitaria con financiación pública, era el proceso necesario para poder hablar del SNS como el sistema

sanitario público en España, y se refería a los conceptos de universalidad, financiación y organización del sistema; un sistema de todos para todos coherente en su organización con la estructura del Estado.

La característica esencial del modelo sanitario adoptado en 1986 es su universalidad, y el SNS en el año 2005 sigue sin ser universal, sigue sin ser el sistema sanitario de todos, aunque todos contribuyamos a financiarlo. El hecho de que la ASSS, cuya acción protectora se extiende tanto al Régimen General de la Seguridad Social como a los especiales, dé cobertura a casi un 95% de los ciudadanos y que el uso de los servicios sanitarios públicos sea universal *de facto*, permite hablar del SNS como una realidad.

Lo cierto es, sin embargo, que desde el punto de vista de las coberturas sigue existiendo una compleja heterogeneidad y la universalización es entendida de hecho como la obligación del SNS de atender a todos aquellos ciudadanos que solicitan sus servicios, con independencia de que formalmente tengan reconocido el derecho.

La definición del SNS como un sistema universal e integrado y el hecho de haber alcanzado una amplia cobertura han sido las bases para dar por supuesto tanto su orientación a la protección de la salud como su universalidad; y el énfasis de las políticas públicas se ha puesto en la extensión del sistema, especialmente la creación de establecimientos sanitarios y en aspectos instrumentales como la integración de redes.

Este énfasis ya era evidente en la LGS, donde estos temas merecen una parte amplia del articulado, mientras que los temas relacionados con la esencia misma del sistema, como la universalización y, por tanto, la integración de coberturas, se relegan a disposiciones transitorias, con plazos para su ejecución ampliamente incumplidos; o ni se consideran, como ocurre en el texto de la Ley de Calidad y Cohesión del SNS (LCC) aprobada en el año 2003.

Una de las críticas más serias que puede hacerse a la LCC es haber obviado de forma consciente la regulación del aseguramiento en España, dejando en el limbo jurídico la igualdad de los españoles en relación con las prestaciones sanitarias proclamada en la LGS, aprobada 17 años antes. Debe señalarse que lo recogido en la LCC no era nuevo en los planteamientos de los gobiernos apoyados por el PP. Así, el dictamen de la Subcomisión Parlamentaria para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del SNS (1997) no contó con el apoyo de diferentes grupos políticos –entre ellos el PSOE–, una vez que se constató el cuestionamiento del modelo sanitario, especialmente en los aspectos relacionados con el aseguramiento, en lugar de las medidas necesarias para su consolidación.

La realidad en el año 2005 es que existe el riesgo de que acaben siendo los tribunales quienes ordenen, a través de sus sentencias, el aseguramiento sanitario en España. Algunas preguntas actualmente sin respuesta o con respuestas heterogéneas podrían ser: ¿quién otorga el título de protección, la Administración General del Estado, las CC AA, la Seguridad

Social?, ¿por qué las prestaciones no son las mismas para todos los ciudadanos que tienen cobertura con financiación pública?, ¿qué razones justifican que el acceso a prestaciones idénticas se haga en condiciones diferentes dependiendo del régimen de protección en un sistema sanitario público “universalizado” y financiado con impuestos?, ¿por qué la Seguridad Social, tanto en el mutualismo administrativo como en el laboral, se apropia de la financiación de la atención en que incurren sus afiliados y cuyo coste es soportado por los servicios de salud de las CC AA?

El énfasis puesto en la integración de redes asistenciales, un proceso instrumental que trataba de superar la dificultad histórica para coordinar de forma adecuada las diferentes redes públicas, ha condicionado un concepto muy extendido del SNS que lo reduce a un conjunto de estructuras que se pretenden armónicas: el SNS serían los centros sanitarios públicos organizados en una red pública.

En consecuencia, se ha relegado el concepto de sistema sanitario como sistema social que adopta una forma determinada de financiar y organizar los servicios. El elemento estructural, con ser importante, no debería ser la característica esencial ni principal del SNS, ni menos aún la única. Probablemente esta confusión entre lo accesorio, aunque importante, y lo esencial ha impedido en ocasiones afrontar algunos de los problemas que afectan a la supervivencia del sistema.

2. El derecho a la atención sanitaria: situación actual

El derecho de los ciudadanos españoles o residentes en España a la atención sanitaria está regulado, todavía en el año 2005, por una diversidad de normas que hacen difícil expresar con nitidez cómo está establecido. Estas normas se resumen a continuación:

- a) Ley General de Sanidad (LGS) (Ley 14/1986). En su artículo 1.2 dice que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los ciudadanos españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional. En su artículo 3.2 señala que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española y que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
- b) Ley General de la Seguridad Social (texto refundido aprobado por RD-Ley 1/1994, de 20 de junio). Mantiene en su integridad el capítulo IV, relativo a la asistencia sanitaria, del título II del Decreto 2065/1974, que aprobó el anterior texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Además, en su artículo 38, incluye dentro de la acción protectora de la Seguridad Social a la asistencia sanitaria. La Ley diferencia contingencias, al igual que en su redacción original de los años sesenta, que dan derecho a la prestación, y ésta se ordena de forma diferente según las contingencias: por un lado, el accidente laboral y la enfermedad profesional; por otro, la enfermedad común, el accidente no laboral y la maternidad.
- c) Real Decreto Legislativo 6/2004, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, que regula las mutualidades de previsión social como entidades complementarias a la acción protectora de la Seguridad Social. La regulación vigente mantiene, en determinados supuestos, la configuración de estas mutualidades como alternativas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos para los profesionales que ejerzan su actividad colegiados, que estuviesen colegiados antes del 10 de noviembre de 1995 (Ley 50/1998) y que, en su momento, no hubiesen optado por incorporarse a la Seguridad Social.
- d) Decreto 2766/1967, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el régimen general de la Seguridad Social. Este Decreto, muy modificado en relación con su articulado inicial, sigue siendo la norma básica por la que el INSS reconoce el derecho a recibir asistencia sanitaria.

- e) Ley 29/1975, de 27 de junio, modificada por el RD Legislativo 4/2000, 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, para el personal de las Fuerzas Armadas. Todos estos colectivos de funcionarios tienen regulada su protección social por leyes específicas, aunque se consideren regímenes especiales de la Seguridad Social, y todos ellos tienen una especial regulación de la prestación sanitaria.
- f) Real Decreto 1088/1989, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. El reconocimiento del derecho puede hacerse por “los órganos competentes en cada caso”, de manera que las CC AA donde la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social haya sido transferida son habilitadas para reconocer dicho derecho a los ciudadanos incluidos en los padrones de beneficencia.
- g) Ley 24/1997, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social. En su artículo 1 establece el principio de que las prestaciones no contributivas serán financiadas por aportaciones del Estado. Entre éstas incluye las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria incluidos en la acción protectora financiada con cargo al Presupuesto de la Seguridad Social, salvo los que se deriven de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- h) Ley Orgánica 7/2001 y Ley 21/2001, por las que se regula el nuevo modelo de financiación autonómica. La Ley 21/2001 se refiere siempre a la financiación de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y en su artículo 68 modifica el 82 de la Ley General de Sanidad y en el artículo 69 el 86 de Ley de Seguridad Social, texto refundido de 1994, en el sentido de fijar que los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferidos a las CC AA serán financiados con cargo al sistema de financiación autonómica vigente en cada momento.
- i) Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor. En su artículo 10.3 reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a los menores extranjeros residentes en España, concepto ampliado posteriormente en la Ley 4/2000 a los extranjeros menores de 18 años que se “encuentren” en España.
- j) Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. En su artículo 12 regula el derecho a la asistencia sanitaria, de manera que aquéllos que se encuentren inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, y aquéllos que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. La importancia del problema de la inmigración ha hecho que algunas CC AA hayan regulado de forma específica el derecho a la asistencia sanitaria, como

por ejemplo la Ley Foral de Navarra 2/2000, de 25 de mayo, de modificación de la Ley Foral 10/1990, de Salud.

- k) Además de esta normativa, las diferentes CC AA y el INGESA⁶ son las administraciones expedidoras de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) (Real Decreto 183/2004) a “las personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado el derecho”. En la base de datos que se crea se prevé la incorporación de información, no una base de datos única, de todos los sistemas de cobertura con financiación pública (artículo 8). Dicha base de datos, de acuerdo con lo dispuesto en la disposición transitoria segunda del RD, tenía un plazo de seis meses para la incorporación de todos los sistemas existentes, plazo que se cumplió el 13 de agosto de 2004 y, por tanto, ampliamente incumplido.

De este conjunto de normas, además de la dificultad para establecer cómo se reconoce el derecho y quién lo hace en un sistema definido como universal, llama la atención que:

- a) Permanezcan vigentes en relación con el aseguramiento sanitario diferentes normas anteriores a la Constitución y a los estatutos de autonomía, en especial el Texto Refundido de la Seguridad Social de 1974, que hablaba de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la vinculaba al alta laboral, con multitud de normas posteriores de rango muy diverso que amplían la cobertura sanitaria a otros colectivos.
- b) Sean necesarias normas concretas después de haberse aprobado la LGS, y en ocasiones muchos años después, para garantizar la atención sanitaria a diferentes colectivos de ciudadanos españoles de pleno derecho.

El derecho a la asistencia sanitaria estaba en su origen vinculado a la acción protectora de la Seguridad Social y las sucesivas ampliaciones de cobertura realizadas hasta la aprobación en 1986 de la LGS se hicieron siempre extendiendo dicha acción protectora a diferentes colectivos, y el reconocimiento del derecho en todos los casos competía a la Seguridad Social. A partir de la LGS, cuando se ha procedido a la extensión del derecho, como en el caso de los ciudadanos sin recursos, se señala que la asistencia sanitaria que se reconoce tendrá idéntica extensión, contenido y régimen que la prevista en el Régimen General de la Seguridad Social; sin embargo, el reconocimiento del derecho deja de ser una competencia exclusiva de la Seguridad Social.

Por último, hay que señalar que en puridad, y una vez modificada la financiación autonómica y producidas las transferencias sanitarias, la asistencia sanitaria como prestación no contributiva sólo es aquella que se presta en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, ya que es la única situación en que se financia con cargo al Presupuesto de la Seguridad Social.

⁶ Organismo creado en el año 2002 para la gestión de la ASSS en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, una vez transferido el Insalud a todas las CC AA.

En consecuencia:

- a) La LGS establecía la asistencia sanitaria pública como un derecho de ciudadanía. Sin embargo, normas anteriores a la Constitución y a los estatutos de autonomía, adaptadas en parte a la actual realidad social, son las que, *de iure*, reconocen el derecho a la asistencia sanitaria.
- b) Existen normas con rango de ley y de real decreto que siguen en vigor y vinculan la asistencia sanitaria al reconocimiento de ese derecho por parte de la Seguridad Social, que sigue siendo la base de la sanidad pública en España. El entramado legislativo no se ha adaptado, ni bajo el paraguas de Seguridad Social ni como derecho de ciudadanía, a la nueva realidad de la sanidad que arranca con la LGS y se conforma definitivamente en el año 2002, una vez finalizado el proceso de transferencias de la ASSS a las CC AA.
- c) En la práctica, para aquellas personas sin Seguridad Social, el reconocimiento del derecho corre a cargo de las CC AA y del INGESA, que pueden aplicar criterios distintos, como ya ocurrió en 1989 con la aportación de los usuarios en el caso de la prestación farmacéutica, o con las normas autonómicas que ordenen esta materia, en algunos casos universalizando la atención mediante contraprestación económica y en otros sin ella.
- d) Determinados funcionarios –ya que el ámbito de aplicación de la 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.
- e) La TIS, documento de identificación que debería permitir una mejor organización y gestión de la prestación sanitaria con financiación pública, todavía en junio de 2005 no ha sustituido definitivamente a la cartilla de la Seguridad Social, sigue sin tener un código común para todos los servicios de salud que se integran en el SNS y sigue sin incorporar de forma completa la información de los mutualismos administrativos ni de la Seguridad Social.
- f) La tarjeta sanitaria europea es emitida por el INSS, que aplica los criterios de la legislación estatal al respecto, que son los establecidos por la Seguridad Social. Puede darse la situación de que a un poseedor de la TIS se le niegue la tarjeta sanitaria europea.
- g) La única garantía “real” de atención sanitaria que tienen todos los ciudadanos, con independencia de su situación en relación con el derecho que les ampara, es que todos los servicios sanitarios tienen asumida “la obligación de atención”.

3. Consecuencias y paradojas de la falta de universalización

3.1 El SNS no es el asegurador universal

El SNS debería ser el encargado de organizar y gestionar la garantía del derecho a la protección de la salud, incluyendo la asistencia sanitaria, para todos los ciudadanos. Esta configuración, sin embargo, no se ha llevado a la práctica y, dado el tiempo transcurrido desde la aprobación de la LGS, que la vigente Ley General de Seguridad Social mantiene en vigor lo regulado en los años sesenta y setenta del siglo XX y que la LCC ha obviado el tema, se precisaría una nueva norma con rango de ley para llevarse a cabo. En dicha norma, el SNS debería configurarse como el garante del derecho a la protección sanitaria y de su contenido para todos los ciudadanos y, al mismo tiempo, derogarse expresamente toda la normativa no acorde con ello.

Existe, además, un colectivo de españoles que, gozando también del derecho constitucional de protección a la salud y, por ello, a la asistencia sanitaria, no puede acogerse al ámbito de la universalización del SNS por no residir en España. Se trata del más de millón y medio de españoles que vive en el exterior, cuya situación es muy diferente. En relación con aquéllos que residen en países desarrollados –caso de los de la Unión Europea–, puede considerarse que sus derechos están atendidos, aunque existan situaciones, como en Suiza, donde persisten dificultades. Otros, y en número mucho más importante, tienen situaciones en general más difíciles al residir en países económicamente más débiles, estructural o coyunturalmente, como puede ser el caso de Iberoamérica.

La norma que se propone es necesaria, ya que existen múltiples disposiciones que regulan, y de manera no homogénea, el derecho a la asistencia sanitaria. De hecho, al hablar del sistema sanitario público en España, debe entenderse, todavía en el año 2005, que se mantiene el esquema histórico con un subsistema de protección mayoritario, la ASSS –núcleo del SNS– y diferentes subsistemas para la cobertura de riesgos concretos o colectivos minoritarios. Una muestra de la complejidad existente es la imposibilidad de conocer fehacientemente cuántos ciudadanos están cubiertos por cada uno de los diferentes sistemas, al no existir registros de todos y cada uno de los sistemas y no estar accesibles los que existen; de manera que conocer la realidad de la cobertura sanitaria en España sólo es posible a través de encuestas.

La regulación de la Seguridad Social, que sigue siendo la institución que ordena el derecho a la atención sanitaria pública para la mayor parte de los ciudadanos, contempla distintos modos de cobertura de la atención sanitaria pública. La más importante de ellas es la asistencia sanitaria por enfermedad común, accidente no laboral y maternidad, la ASSS, pero no es la única, como se muestra a continuación.

La ASSS es el núcleo del SNS, se gestiona a través de los servicios de salud de las CC AA y garantiza la cobertura sanitaria para los riesgos señalados de aproximadamente el 95% de la población. En relación con la ASSS, se mantiene la “confusión” sobre si sigue siendo una prestación de Seguridad Social o ha pasado a ser un derecho ciudadano, algo de especial importancia como consecuencia de las implicaciones de tal precisión, importantes desde muchos puntos de vista, incluyendo el reparto constitucional de competencias o el derecho sobre el patrimonio. Sin embargo, la dificultad para abordar el problema no debe seguir relegándolo al limbo jurídico.

El colectivo incluido en el campo de aplicación de la ASSS, en contra de lo que habitualmente se da por supuesto, tampoco es homogéneo. En primer lugar, sigue persistiendo la diferencia entre titulares y beneficiarios y la contradicción intrínseca que supone tal diferenciación en un sistema tipo SNS. Esta situación es una realidad, como ponen de manifiesto diferentes resoluciones de los años ochenta y noventa del siglo XX, varias de ellas posteriores a la aprobación de la LGS, que posibilitan la inclusión como beneficiarios, por ejemplo, a aquellas personas que convivan maritalmente con un titular, a los niños en acogimiento familiar o a los familiares a cargo de titulares de pensión no contributiva, así como el hecho de que las personas dependientes de un titular con el que cesan la relación pueden llegar a “perder” la cobertura sanitaria. En segundo lugar, la acción protectora de la ASSS se extiende, además de a su colectivo propio en un régimen profesional, a otros colectivos como los siguientes:

- La población cubierta por su pertenencia a colectivos “singulares”, como pueden ser los mutilados excombatientes (RD 391/1982), los parlamentarios de las Cortes Españolas que no tengan derecho a la Seguridad Social por otra vía (Orden Ministerial de 1982) o de los parlamentos de las CC AA (Orden Ministerial de 1981 y RD 705/1999), o los emigrantes retornados de países donde no existe convenio de Seguridad Social (Decreto 1075/1970).

Estos colectivos en sí no son muy numerosos, pero su mera existencia plantea la contradicción entre la realidad y la universalización del sistema. Además, el hecho de que existan partidas presupuestarias específicas en los diferentes ministerios para financiar la cobertura de estos colectivos plantea el interrogante de cómo se fija la tarifa; por ejemplo, en el caso de los emigrantes retornados se hace por circular de la Dirección General de Emigración, la última de 31 de enero de 2005, que establece una cuota a abonar a la Seguridad Social de 54,39 euros mensuales, de los que 46,14 son a cargo de la Dirección General y 8,25 del asegurado. Esta cuota está muy alejada del gasto

capitativo medio del SNS en 2005, implica una participación activa del asegurado a diferencia del núcleo principal acogido a la protección y, además, se plantea el interrogante sobre el flujo de estos fondos que se transfieren a la Tesorería de la Seguridad Social y de los que se desconoce si posteriormente son transferidos a los servicios de salud correspondientes, que son los que soportan el gasto.

Esta “anomalía” en los flujos de financiación, condicionada por el antecedente de que el presupuesto sanitario hasta las modificaciones del año 2001 se canalizaba a través de la Caja de la Seguridad Social, se produce en muchas otras situaciones como posteriormente se desarrolla y, dado el estado actual del arte en relación con la financiación sanitaria, puede plantear un conflicto importante en caso de no solucionarse de forma correcta.

- La población sin recursos económicos a la que se extendió la cobertura por el RD 1088/1989. En 1993 se habían acogido a esta modalidad de cobertura 237.596 personas, sin que posteriormente se conozca ninguna actualización del censo. En este caso, el reconocimiento del derecho se realiza por las CC AA –en la actualidad todas, al estar la ASSS plenamente descentralizada– y el INGESA en los casos de Ceuta y Melilla (con anterioridad lo hacía el INSALUD en el territorio que gestionaba). El contenido de la prestación es homogéneo en todos los casos y en todo el territorio, excepto en el caso de la aportación farmacéutica, en el que la aportación del usuario varía de unas comunidades a otras.
- La población que accede a la cobertura de la ASSS mediante convenios singulares como los realizados por algunos colegios profesionales, como el de la Abogacía, por el cual los colegiados que lo deseen y la paguen pueden tener atención sanitaria pública. Esta situación es consecuencia de que los colegios profesionales que en 1985 tenían una mutualidad de previsión social obligatoria fueron autorizados a mantenerla, no estando sus colegiados obligados, por tanto, a incorporarse al Régimen de Autónomos de la Seguridad Social, constituyéndose dichas mutualidades como auténticas alternativas a la Seguridad Social, siempre que estuviesen colegiados antes del 10 de noviembre de 1995, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley 50/1998.

Esta “especificidad” de ciertos colegios profesionales conlleva varias paradojas. La primera es que haya ciudadanos que están fuera del campo de la acción protectora sanitaria pública en un sistema financiado por impuestos sin que haya una regulación específica que los excluya, porque el hecho real es que su falta de cobertura deviene de que nunca fueron incluidos en la Seguridad Social. La segunda, que haya colegios como la Hermandad Nacional de Arquitectos que no han firmado ningún convenio especial, por lo que en teoría ninguno de sus miembros tendría cobertura pública en un sistema sanitario “universalizado”. La tercera, que donde existe convenio para acceder a la cobertura pública hay que pagar una cuota, lo que es contradictorio con un sistema de todos financiado por impuestos y, al igual que en otros supuestos, se plantea la duda sobre el destino final de esos fondos que se ingresan en la Caja de la Seguridad Social.

Por último, y es de la mayor trascendencia, se ha dado, tan recientemente como en el año 2004, el supuesto de que algún colegio profesional ha propuesto la integración de su mutualidad en la Seguridad Social y dicha solicitud ha sido denegada; es evidente que el análisis que realiza la Seguridad Social para aceptar o no se relaciona con las prestaciones económicas, pero la consecuencia es que simultáneamente se está denegando la cobertura sanitaria pública, lo que no puede ser más contradictorio con un sistema “universalizado”.

Además de la ASSS, la acción protectora de la Seguridad Social en materia sanitaria se organiza desde otras modalidades para otros riesgos u otros colectivos que a continuación se enumeran, algunas de las cuales se analizan con más detalle en los apartados siguientes de este informe:

- a) La asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral gestionada por empresas colaboradoras de la Seguridad Social en relación con su propio personal. Con datos de 1994 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997), 36 empresas con un total de 199.777 empleados –y una cobertura de hasta 500.000 ciudadanos teniendo en cuenta a los beneficiarios– habían optado por esta fórmula. El 50% de las personas cubiertas reside en Madrid o Barcelona y en la mayor parte de los casos la asistencia se presta por médicos de la Seguridad Social.
- b) 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.
- c) El Seguro Escolar, instaurado en los años cincuenta del siglo XX, es un régimen residual que persiste para las “enseñanzas no obligatorias” y que, desde el punto de vista de cobertura sanitaria, es un completo anacronismo.
- d) La asistencia sanitaria del Instituto Social de la Marina (ISM), entidad de derecho público con personalidad jurídica propia adscrita a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. El ISM está reconocido como entidad gestora de la Seguridad Social en la disposición adicional decimonovena de la Ley General de Seguridad Social de 1994, y tiene encomendada la gestión del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.
- e) La asistencia sanitaria por accidente de trabajo y enfermedad profesional se gestiona fundamentalmente a través de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

La cobertura sanitaria con financiación pública no se agota en las diferentes y variadas modalidades de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social que se acaban de señalar. Así, están vigentes:

- La cobertura que proporcionan las CC AA a los ciudadanos sin recursos, consecuencia del RD 1088/1989 que se acaba de señalar, pero también la oportunidad ofrecida, mediante el pago de una prima, por algunas comunidades como Cataluña, Decreto 178/1991 de la Generalitat de Catalunya, o Navarra, Decreto Foral 640/1996, a aquellos ciudadanos que deseen cobertura idéntica a la de la ASSS, pero a la que no tengan “derecho” por otras vías; mientras que Andalucía o Extremadura la han universalizado sin coste directo alguno para el ciudadano.
- La sanidad penitenciaria, financiada con cargo a presupuestos del Ministerio del Interior.

Hay que señalar, por último, que en el SNS la organización de la provisión de servicios es siempre de responsabilidad pública, aunque existan centros y servicios concertados. Esto, sin embargo, no es tampoco homogéneo para toda la acción protectora en materia sanitaria con financiación pública. Así, existen situaciones de cobertura con financiación pública y posibilidad de gestión de la cobertura por una entidad aseguradora privada, como las mutualidades de funcionarios; o bien provisión privada cuando la empresa asume la organización y gestión mediante alguna de las modalidades de colaboración de empresas; pero también el caso paradigmático de las asociaciones de la prensa o los trabajadores del Ayuntamiento de Barcelona que cuentan con su propia red asistencial. Los periodistas en España, como trabajadores por cuenta ajena o autónomos, tienen la cobertura de su Régimen de Seguridad Social, pero para la asistencia sanitaria existe la posibilidad de convenios, por los cuales la Seguridad Social –en la actualidad los diferentes Servicios de Salud al no haberse derogado dicha posibilidad– les permite recibir asistencia sanitaria en condiciones especiales.

La existencia de coberturas específicas para la protección de la salud, como ocurre en el caso de las mutualidades de funcionarios, o en casos concretos de actividades de la vida cotidiana como el trabajo o el transporte de vehículos a motor⁷: a) da lugar a duplicidades de cobertura; b) mantiene diferencias en la prestación por el hecho causal y no por la condición de enfermedad, cuando la necesidad es en definitiva una de las características principales del sistema; y c) convierte al conocido como SNS, percibido como asegurador universal, en el receptor de todas aquellas situaciones susceptibles de selección, adversa o de riesgos.

La actual ordenación del SNS, desde el punto de vista del aseguramiento, es más coherente con lo establecido en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 que con lo

⁷ La cobertura del riesgo sanitario, asociado a la circulación vial, es obligatoria en el caso de los pasajeros y voluntaria en el de los conductores, con independencia de que unos u otros tengan cobertura sanitaria por cualquier otra vía, y con independencia de que el SNS contemple entre sus objetivos la universalización. La regulación actual implica una doble cobertura sanitaria de forma habitual, cobertura exclusivamente por el SNS, e incluso la posibilidad, al menos teórica, de tener conductores sin ningún tipo de cobertura sanitaria.

dispuesto en la LGS de 1986 o en la LCC de 2003. La superposición entre el SNS y la Seguridad Social, el estrecho control de la Seguridad Social sobre aquellos temas de su especial responsabilidad como la acción protectora y el equilibrio financiero del sistema, que en ocasiones ha condicionado que las ampliaciones de cobertura o la propia universalización fuesen vistas como un factor de gasto más que como un mandato legal, así como a ignorar la falta de eficiencia que caracteriza a los sistemas abiertos y su impacto negativo en el receptor de los malos riesgos, unido al énfasis del INSALUD en la organización y gestión de la provisión, son causas todas ellas de que la universalización en materia sanitaria sea aún una asignatura pendiente de la protección social en España.

El SNS, como heredero del Régimen General, se responsabiliza de la cobertura del riesgo en relación con la salud en los casos de enfermedad común y accidente no laboral. Además, y como consecuencia del derecho a la protección de la salud establecido en la Constitución, debe también responsabilizarse de todas aquellas situaciones que por Ley no tengan una protección específica. El SNS, en consecuencia, se constituye en el responsable único de la cobertura de riesgos concretos para la mayoría de los ciudadanos, pero también en el recogedor de todos los riesgos considerados como malos⁸, o de todos aquellos donde la relación causa-efecto es discutible y existe doble cobertura. Frente a lo previsto en la LGS de un SNS como un sistema universal, con una atención integral a la salud, y sin posibilidad de selección en la cobertura del riesgo, la realidad es un sistema fragmentado, con un sistema mayoritario para muchos y que recoge como camión escoba los malos riesgos de pocos.

El tener una única cobertura sanitaria no quiere decir que la gestión de las prestaciones asociadas tenga que ser también única. La integración de los subsistemas sanitarios públicos de protección en el SNS tampoco implica la integración de los dispositivos asistenciales, ni la homogeneización de la organización y gestión de éstos. La integración de redes asistenciales, como se ha señalado anteriormente, es un aspecto instrumental que debe adecuarse a los criterios que en cada momento mejor garanticen una provisión de servicios eficiente.

La integración de coberturas sanitarias públicas en el SNS significa el reconocimiento de la igualdad de los ciudadanos en el derecho a la protección de la salud y de la solidaridad como base del sistema que contribuye a incrementar la cohesión social de todos, e implica, desde el punto de vista organizativo, tener una vía única de financiación del sistema sanitario sin sistemas paralelos, aunque sean públicos, capaces de actuar “perversamente” sobre uno de ellos.

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

⁸ Malos en el sentido económico del término, es decir, de alto coste.

real y en el que estuviese perfectamente establecido el criterio o el órgano de arbitraje en los casos en que la relación causa efecto sea discutible o no evidente. En el año 2005 todavía es frecuente encontrar ciudadanos con doble cobertura pública o facilidad para el trasvase hacia el SNS de ciudadanos en situación de riesgo y que, sin embargo, tradicionalmente se habían acogido a regímenes privados o mutuales. La situación actual, sin lugar a dudas, no es buena para el ciudadano ni tampoco para el SNS.

3.2 El SNS y la salud laboral

La salud laboral precisa una mención concreta desde el momento en que se diseñó y consolidó un sistema específico para su organización y gestión, tanto en el caso de la enfermedad profesional como en el de los accidentes laborales y su prevención. De esta forma, la Seguridad Social en España, ya desde sus antecedentes en los años cincuenta del siglo XX, diferenció la protección según el hecho causante, diferencia que se mantiene en la actualidad.

En salud laboral, como en todos los temas de salud, existen las facetas de prevención, la reparadora y la de reinserción. La especificidad de la prevención del riesgo laboral y su relación con las buenas prácticas en todos los procesos productivos con una implicación de todos los agentes, empresarios y trabajadores, dio lugar a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995. La Ley ha supuesto un hito legislativo en la materia y precisa ser aplicada de forma plena, ya que el impacto de la prevención es fundamental para controlar la morbimortalidad en el medio laboral, y su aplicación sólo es posible en el propio medio laboral.

Las actuaciones de atención y reinserción están cubiertas, para la mayoría de los trabajadores, por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, siguiendo una tradición iniciada en los años cincuenta y consolidada en la Ley General de Seguridad Social y en sus sucesivos textos refundidos. Estas entidades son asociaciones de empresarios sin ánimo de lucro, financiadas con cuotas de la Seguridad Social, que se gestionan privadamente, y se responsabilizan de las prestaciones de la Seguridad Social relacionadas con el accidente laboral y la enfermedad profesional, incluyendo las contingencias sanitarias. Todos los trabajadores con derecho a la prestación están acogidos a las mutuas, excepto en el caso de aquellas empresas que escojan como entidad de protección a la propia Seguridad Social⁹, en cuyo caso esta institución gestiona las prestaciones económicas y el

⁹ De acuerdo con los datos de la Memoria de las Mutuas correspondiente al año 2001, última disponible, el INSS daba cobertura a 843.332 trabajadores y en ese año existían 29 mutuas con una cobertura de 13.208.748 trabajadores, 12.133.660 empresas asociadas y 1.075.088 trabajadores por cuenta propia. En el año 2003 (Anuario) los accidentes laborales fueron 1.721.408, de ellos 887.309 con baja, 13.829 graves y 1.485 mortales (452 *in itinere*), y los casos de enfermedades profesionales, 26.857.

SNS presta la asistencia sanitaria. En este caso, la Seguridad Social no resarce a los servicios de salud por los costes incurridos, manteniendo una práctica tradicional absolutamente incongruente con el modelo actual de financiación autonómica.

La LGS pretendió la consideración de la salud laboral como un aspecto más de la protección de la salud con una visión integral; sin embargo, la no ruptura con el sistema anterior, al igual que en otros supuestos, restó toda operatividad a lo previsto en la Ley. El SNS, en el año 2005, sigue siendo responsable, de hecho, exclusivamente de la atención sanitaria a la enfermedad común y accidente no laboral y, subsidiariamente en cualquier caso, siempre que no exista un tercero responsable del pago del coste asociado. El SNS, en consecuencia, asume el riesgo pleno de todos aquellos colectivos que no tienen acceso a la protección por accidente laboral o enfermedad profesional, como es el caso de los Regímenes Especiales de Autónomos o el de Empleadas de Hogar. Esta fragmentación por riesgos y por colectivos no puede ser más contradictoria con la reforma pretendida por la Ley de Sanidad de 1986, y más coherente con el diseño organizativo anterior.

Este diseño organizativo ha sido reforzado con la aplicación del denominado Pacto de Toledo para la consolidación del Sistema de Seguridad Social, que mantuvo la financiación con cotizaciones sociales de la cobertura de los riesgos relacionados con la enfermedad profesional y el accidente laboral. Hecho que, además, coincidió con el impulso que supuso para las mutuas la ampliación, en 1997, en la gestión de las prestaciones económicas, con la posibilidad del control de la Incapacidad Temporal (IT) en el caso de la enfermedad común.

La integración en el SNS de la cobertura sanitaria de los riesgos laborales que actualmente asumen las mutuas tendría grandes ventajas. En caso de no producirse dicha integración, serían precisas actuaciones concretas, como:

- a) Señalar claramente los riesgos sanitarios cubiertos por el SNS, las mutuas y la Seguridad Social cuando actúa como mutua y, en este caso, regular las relaciones con los servicios de salud.
- b) Generalizar la cobertura de accidente laboral y enfermedad profesional a todos los trabajadores.
- c) Definir el arbitraje necesario en las, con mucha frecuencia, poco nítidas fronteras entre enfermedad común y profesional, o entre accidente laboral y no laboral, especialmente cuando evolucionan a la cronicidad.
- d) Al igual que con la existencia de otros terceros obligados al pago, la asunción de los costes reales de la utilización de servicios del SNS.

Hay que señalar, además, que en la actualidad existe una indefinición en relación con la responsabilidad económica del coste de las prestaciones en los centros del SNS a los

trabajadores con accidente de trabajo o enfermedad profesional, cuando la mutualidad es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)¹⁰. De hecho, los centros sanitarios facturan porque consideran que tienen derecho y el INSS no paga porque considera que no tiene la obligación, a pesar de que recauda las cuotas correspondientes y no asume ningún gasto por la prestación. Esta situación, basada al parecer en un informe de la Intervención General de la Seguridad Social que niega el pago porque en el RD 63/1995, de Prestaciones, menciona los terceros obligados al pago y no incluye al INSS de forma explícita, nunca ha tenido ninguna justificación. Producidas las transferencias a todas las CC AA y con un nuevo modelo de financiación autonómico que incluye la financiación sanitaria, de mantenerse esta situación, es previsible que entre de lleno en el peor de los escenarios posibles, su resolución por vía judicial, en un momento en que el consenso político es de la máxima prioridad para dar una solución adecuada a la financiación sanitaria.

En este capítulo del SNS y la salud laboral es imprescindible, por último, hacer una referencia a la situación de la IT¹¹. La Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Ley 1/1994), modificada parcialmente por la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, dedica el capítulo IV del título II a determinar el concepto de IT, sus beneficiarios, subsidios, duración, prestación económica y extinción del derecho al subsidio. La Ley 13/1996, de 30 de diciembre, regula, en su título II artículo 78, la posibilidad de que los médicos adscritos a las entidades gestoras de la Seguridad Social o a las mutuas puedan formular propuestas de alta médica, con los efectos que reglamentariamente se establezcan, que previamente estaban limitadas a la Inspección Médica de la Seguridad Social; y en el apartado 4 del mismo artículo habilita para que la necesaria cooperación y coordinación entre los servicios de salud, las mutuas y las entidades gestoras se plasme en acuerdos. El RD 575/1997 y la Orden Ministerial de 19-6-97 desarrollan el contenido de las leyes de la Seguridad Social y la Ley 13/1996 en esta materia.

En el caso de la IT, una decisión médica correspondiente al SNS repercute en la Seguridad Social, que debe proceder al abono de un subsidio económico. La Seguridad Social ha acordado con los servicios de salud una contraprestación económica por la consecución de unos objetivos en relación con la prestación, y no por la labor que realizan sus profesionales en relación con la IT. Estos acuerdos han sido difíciles de gestionar en los últimos años, de manera que todos los servicios de salud han buscado el amparo del Ministerio de Sanidad en el CI para la liquidación de estos convenios cuyos objetivos han sido inalcanzables. Sería

¹⁰ Un caso paradigmático es el del Instituto Nacional de Silicosis en Asturias. No hay ninguna duda de la naturaleza profesional de la enfermedad y, a pesar de ello, el INSS no asume las facturas que son generadas por asistencia sanitaria en dicho centro. En consecuencia, es el Servicio de Salud del Principado de Asturias, que no tiene ninguna competencia en la prestación sanitaria por accidente laboral o enfermedad profesional, quien debe asumir el coste pleno del centro.

¹¹ Dicha referencia es necesaria, porque, aunque la IT no forma parte del objeto en estudio, sí que genera interrelaciones entre SNS y Seguridad Social que deberían ser tenidas en cuenta al abordar la universalización.

deseable un análisis profundo, tanto desde el punto de vista de los pacientes –relación entre proceso de enfermedad, baja laboral y prestación económica– como de los agentes que deben hacer el seguimiento y control, por un lado, de la enfermedad –los médicos– y, por otro, de la prestación económica vinculada –la Seguridad Social–, delimitando muy bien las responsabilidades en el control de la baja laboral. Igualmente se considera que los convenios que articulen la colaboración entre servicios de salud y Seguridad Social deberían tener en cuenta, por un lado, la utilización de recursos del SNS y, por otro, la posible incentivación para la consecución de objetivos acordados.

En este contexto, en el que no se ha caminado en el sendero marcado por la LGS y en el que se ha facilitado que las mutuas puedan extender su cometido a todas las funciones de salud laboral, debería redefinirse el papel de las mutuas en la prevención de riesgos, así como en el control de la IT. Un primer paso en este sentido es el RD 688/2005, por el que se regula el Régimen de Funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como servicio de prevención ajeno, que viene a controlar las “interrelaciones” que se habían producido entre las funciones de prevención y las correspondientes a la colaboración en la gestión de la Seguridad Social que desarrollan dichas mutuas.

3.3 El SNS y las mutualidades

Las mutualidades de funcionarios se rigen por su normativa específica, como se ha señalado anteriormente, pese a que la Ley General de la Seguridad Social las contempla dentro del ámbito de los regímenes especiales.

El sistema sanitario público en España no sólo diferencia colectivos según el hecho causal, también lo hace sobre la base de la actividad laboral desarrollada. La Seguridad Social en España tendió a la universalización de las coberturas, haciendo compatible la flexibilidad en la creación de regímenes especiales –como el Agrario, el de Autónomos o el de la Minería del Carbón– con el desarrollo del Régimen General como el referente para el sistema y al que se asimilan o en el que se integran progresivamente los otros regímenes existentes. De hecho, en el momento de aprobarse la LGS, 1986, cerca del 90% de los ciudadanos tenía derecho a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en condiciones de igualdad, la conocida como ASSS.

Lo específico de las mutualidades de funcionarios, además de su consideración como regímenes especiales o su propia regulación legal, es que el modelo de protección sanitaria, a diferencia de lo que ocurre en los demás regímenes especiales, no se ha asimilado a la ASSS y la integración en el SNS, prevista en la disposición adicional segunda de la LGS, no se realizó; y no ha existido, ni parece existir, voluntad política de cumplir el mandato legal, como se puso de manifiesto en la tramitación de la LCC, durante la cual ni siquiera se abordó el tema por ningún partido político.

La coexistencia de diferentes sistemas de protección de acuerdo con la actividad laboral desarrollada –específicamente determinados funcionarios–, o la empresa donde se desarrolla –como en el caso de las empresas colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social que posteriormente se analiza–, es otra peculiaridad en el sistema sanitario español, más que por su existencia, habitual en los sistemas de Seguridad Social, por su persistencia en un sistema del tipo del Servicio Nacional de Salud.

Los funcionarios tenían tradicionalmente cobertura sanitaria con un gran número de entidades dispersas y de diferentes características, concertadas en general todas ellas con compañías privadas, hasta la creación de las mutualidades en los años setenta del siglo XX. El proceso fue similar al de la creación, pocos años antes, del Régimen General de la Seguridad Social para los trabajadores por cuenta ajena, procediendo a la integración en cuatro únicas entidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS y MUNPAL, esta última para los funcionarios de la Administración Local y que fue integrada en el Régimen General de la Seguridad Social en los años noventa) de todas aquellas que hasta entonces daban cobertura a los funcionarios.

MUFACE, la más conocida de las mutualidades públicas por ser la de mayor peso cuantitativo, pretendió, en el momento de su creación, unificar la asistencia sanitaria de los funcionarios con el régimen general de la Seguridad Social, y para ello intentó acordar con el INP la prestación de servicios sanitarios para sus mutualistas. La negativa del INP a asumir dicha prestación de servicios obligó a la mutualidad a concertarla con entidades de asistencia sanitaria privada. MUFACE adoptó, entonces, la decisión de realizar una adscripción obligatoria para la asistencia sanitaria a diferentes compañías privadas que mantuvo hasta 1984, año en que se estableció para los funcionarios la posibilidad de optar por la ASSS como entidad responsable de la gestión de la cobertura de la asistencia sanitaria; es decir, se posibilitó que los funcionarios pudiesen acceder al sistema sanitario público. Es importante señalar que MUFACE es obligatoria para los funcionarios de carrera de la administración civil del Estado y que, por tanto, un funcionario no puede optar por tener cobertura por el Régimen General de la Seguridad Social.

MUFACE, simultáneamente a la posibilidad de optar por el sistema público, reguló el mecanismo de elección entre compañías. Esta posibilidad de elección, añadida a la de la cobertura privada, son las bases del atractivo del sistema. Sin embargo, en realidad –y en contra de lo que habitualmente se señala– no puede hablarse de libre elección entre público y privado cuando el acceso al sistema público siempre es posible para todos los mutualistas por diferentes vías, entre ellas la posibilidad de elección, extraordinaria o de forma ordinaria anualmente, de la doble cobertura con financiación pública para aquéllos que eligen sistema privado, o directamente el acceso por vía de urgencias a los centros del SNS.

El mutualismo administrativo da cobertura, aproximadamente, a un 4% de la población, incluyendo titulares del derecho y beneficiarios. Las mutualidades se financian por las cotizaciones de los funcionarios en activo y por aportaciones del Estado, como emplea-

dor. 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.

Las principales características de diferenciación de las mutualidades con el SNS en relación con la prestación sanitaria son:

- a) La acción protectora, ya que MUFACE la extiende tanto a la enfermedad común, accidente no laboral y embarazo y parto, como a la enfermedad profesional y al accidente en acto de servicio.
- b) Ciertas diferencias en el acceso a las prestaciones, como la diferencia en la aportación en la farmacia ambulatoria, la capacidad de elección por parte de los funcionarios de la entidad responsable de la cobertura de servicios sanitarios o la asistencia sanitaria en el extranjero¹².

Las mutualidades de funcionarios dan cobertura a unos dos millones de ciudadanos que se distribuyen entre compañías privadas y el SNS. Los datos de cobertura y de distribución entre agentes son discrepantes en las diferentes fuentes disponibles y varían de una mutualidad a otra. Los datos ofrecidos por las mutualidades con coberturas por el SNS –siempre inferiores al 15% del colectivo– no concuerdan, por ejemplo, con los datos de las Encuestas Nacionales de Salud, muy homogéneos desde 1987 hasta la última de 2001 y que, a su vez, son coincidentes con los de otras encuestas, que indican que el 50% de los mutualistas son atendidos por el SNS.

La causa de estas discrepancias probablemente se encuentre en un fenómeno bien conocido y, sin embargo, poco estudiado –quizás por su dudosa legalidad–, como es 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. Es cierto que, en el momento actual, la doble cobertura se justifica por el hecho de que existe el “derecho adquirido” de muchos titulares al haber cotizado a ambos regímenes; a pesar de ello, se considera que es difícil mantener un “derecho” que lo que garantiza es una doble cobertura con financiación pública. La consecuencia de ello, además de que la doble cobertura supone doble gasto, es que es muy probable que en este caso el SNS también actúe como el recogedor de todos los malos riesgos, como ponen de manifiesto los estudios realizados sobre los cambios extraordinarios, cuando éstos eran habituales; todos ellos como consecuencia de procesos de enfermedad severa de alto coste, y todos

¹² Los beneficiarios del Régimen General deben acogerse en su literalidad a los acuerdos de Seguridad Social con otros países. Los beneficiarios de MUFACE, en cambio, 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.

ellos desde los servicios privados hacia el SNS, como parece que también ocurre en el caso de los cambios ordinarios anuales.

MUFACE, desde el punto de vista organizativo, presenta otra peculiaridad¹³: el proceso de selección de las compañías de asistencia sanitaria para dar cobertura a los mutualistas. MUFACE firma acuerdos de periodicidad trienal desde 1989, el último en octubre de 2003, con aquellas compañías privadas que están de acuerdo en prestar unos servicios por una cantidad predeterminada. Estos acuerdos no van precedidos de concurso público ni existe la posibilidad de seleccionar las mejores ofertas en calidad o precio; los mutualistas, a su vez, pueden elegir entre las diversas compañías que han firmado el convenio o bien el SNS. La administración española, caracterizada por la minuciosa regulación de todos sus contratos, ha sido capaz de generar un sistema alternativo por el que contrata externamente la asistencia sanitaria a sus funcionarios, por un monto superior a los 1.000 millones de euros anuales, sin que los criterios de publicidad y competencia tengan, aparentemente, ninguna importancia.

MUFACE no tiene establecidos criterios para seleccionar las mejores compañías por razón de la calidad; tampoco lo realiza basándose en el precio ofertado. De hecho, contrata los servicios con todas las compañías que quieren ofrecerlos, y ni siquiera exige el requisito establecido por la propia mutualidad de que las compañías dispongan de dispositivo asistencial en todo el territorio nacional. Así, MUFACE tiene firmados acuerdos, primero con Insalud y posteriormente 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, pero es llamativo en todos sus aspectos, incluyendo la tarifa que abonan las compañías privadas, muy por debajo del coste real de los servicios. Bien es cierto –todo hay que decirlo– que antes de firmarse el primer acuerdo a comienzos de los años noventa del siglo XX, la práctica era la misma y, además, no tenía ningún coste para las compañías, que recibían un pago por un servicio para el que no tenían medios. Probablemente esta faceta de intermediación financiera sea la mayor semejanza con la que realizan algunas de las entidades de asistencia gestionada de EE UU, que en ocasiones son utilizadas como propuesta de reforma en el sistema sanitario español.

Tortuero y Panizo abogan por la convergencia de estos regímenes con el general, al considerar que el mantenimiento de las especificidades del mutualismo (Tortuero y

¹³ El sistema sanitario público español está lleno de peculiaridades, casi todas ellas dirigidas en un mismo sentido, y que se entienden por el mantenimiento de la estructura de poder dentro del sistema. Como señala Esping-Andersen (1990:24), un aspecto de especial importancia en la tradición corporativista es el establecimiento de sistemas específicos de protección social para los funcionarios, heredero de la tradición de los gremios e impulsado por sus iniciadores como un medio para controlar el desarrollo sindical.

Panizo, 2003:34) es injustificable tanto desde la óptica de la equidad como desde la racionalidad administrativa, e inciden en la trascendencia de dicha diferenciación cuando en la práctica afecta a profesionales, unos en el Régimen General y otros en el mutualismo, que pueden realizar su trabajo en la misma unidad administrativa. Sin embargo, los mismos autores (Tortuero y Panizo, 2003:55), y de forma pragmática, consideran como uno de los principales obstáculos para dicha convergencia las especiales condiciones que se dan en la prestación sanitaria en los mutualismos, a lo que añaden el “deterioro de la asistencia sanitaria pública”.

El dicho de que “un sistema para pobres acaba siendo un pobre sistema” puede ser una clara realidad en el sistema sanitario público español. El gran objetivo del SNS fue construir un sistema de la máxima calidad de todos para todos a partir de un sistema otorgado, de base profesional y orientado hacia los “productores económicamente débiles”. La realidad es que, frente a la universalización proclamada, se sigue garantizando a las elites del país –los funcionarios, los profesionales liberales de determinados colegios profesionales o los periodistas– la posibilidad de salirse del sistema, privando a éste de los colectivos más conscientes de sus derechos y con mayor capacidad de exigir el mejor funcionamiento de los centros e instituciones. Además, en la arquitectura del sistema se mantienen compartimentos aislados pero no estancos, que facilitan los efectos de selección adversa y de riesgos, con un receptor único de todos los malos riesgos, el SNS, que debe dar respuesta asistencial a todos cuando lo precisen, que debe formar a todos los profesionales en ciencias de la salud, tanto en pregrado como en posgrado, y que debe asumir los costes de salud pública e investigación, entre otros, de todo el sistema sanitario.

3.4 El SNS y la colaboración de empresas

La colaboración en la gestión de la Seguridad Social se puede llevar a cabo por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y también por las empresas en relación con sus propios trabajadores. Las empresas deben colaborar de forma obligatoria en determinados supuestos, como el pago por delegación de las prestaciones económicas por incapacidad temporal, y pueden hacerlo también con carácter voluntario respecto a las contingencias de accidente laboral y enfermedad profesional, así como en el caso de la enfermedad común.

Las empresas colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social para la enfermedad común y el accidente no laboral son, por tanto, aquellas empresas que asumen la responsabilidad de prestar asistencia sanitaria a su cargo y pagar la prestación económica por incapacidad temporal a sus trabajadores por estas contingencias. La colaboración es una figura tradicional de la Seguridad Social española al estar ya contemplada en el artículo 208.1 de la Ley de Seguridad Social de 21 de abril de 1966, siendo desarrollada en una Orden de 25 de noviembre de 1966, modificada parcialmente por otra de 20 de abril de 1998.

Las empresas, para poder asumir la colaboración, debían poseer instalaciones sanitarias propias suficientes, excepto para la hospitalización quirúrgica, y la asistencia debía ser prestada por personal de la Seguridad Social. Estos dos requisitos, al igual que otros planteados en el reglamento de colaboración, han sido tradicionalmente observados de forma laxa y desde mediados de la década de los años ochenta incumplidos de forma sistemática en la mayoría de las ocasiones. Por un lado, se accedía cada vez con más frecuencia a la concertación de la prestación con entidades privadas; por otro, el personal, al generalizarse la dedicación plena y con frecuencia en exclusiva en el SNS, tenía muchas dificultades para adecuarse a las exigencias de la colaboración.

Los trabajadores de estas empresas, lógicamente, están afiliados al Régimen General de la Seguridad Social y pueden acceder de pleno derecho a las prestaciones del SNS. En consecuencia, disponen de una doble vía de acceso al sistema con financiación pública y es normal la amplia movilidad entre ambas formas de cobertura en función de las circunstancias.

Hay que señalar, por último, en relación con la ordenación de la colaboración, que, desde 1980 y basándose en la disponibilidad o no de recursos sanitarios propios, las empresas pueden acogerse al régimen de colaboración para todo el colectivo o sólo para parte de él. El resultado más habitual ha sido la selección geográfica en aquellas empresas con centros de trabajo en múltiples localidades, en función de la situación de cada uno de ellos.

La situación podría resumirse como la facilidad otorgada por la Seguridad Social a determinadas empresas¹⁴ que en la negociación colectiva podían ofrecer a sus trabajadores un régimen de cobertura sanitario “diferenciado”, con “doble cobertura pública” y vías de acceso, en muchos casos, paralelas a los servicios propios del SNS.

Las empresas colaboradoras financian su colaboración mediante una deducción de la cuota correspondiente que debían ingresar a la Seguridad Social. El cálculo de la deducción se efectuaba, en el caso de la atención sanitaria por enfermedad común, sin tener en cuenta el riesgo realmente asumido por la colaboración, tanto desde el punto de vista de la empresa (la colaboración, en general, supone un gasto extra, si bien “compensado” de forma habitual en la negociación colectiva), como para el SNS (al haber “doble vía de acceso” la deducción en realidad está detrayendo financiación del fondo común). Esta forma de financiación se sustituyó para la colaboración en asistencia sanitaria por enfermedad común, a finales de la década de los años noventa, por la posibilidad de concertar la colaboración con los Servicios de Salud correspondientes, quienes se harían

¹⁴ Las empresas acogidas a este peculiar sistema de protección han sido tradicionalmente las grandes empresas públicas, entre ellas RTVE, algunos bancos y las eléctricas. Es muy llamativo que a mediados de la década de los años ochenta se acogiese a este sistema la Comunidad Autónoma de Madrid, gobernada en aquel momento por el PSOE, para sus trabajadores, y a mediados de la década de los años noventa, la ONCE, que, sin embargo, poco después dejó sin efecto dicha figura.

cargo de su coste. Esta sustitución vino motivada por la imposibilidad práctica de mantener el antiguo procedimiento de financiación, una vez que la asistencia sanitaria pasó a ser financiada en un 100% con cargo a los Presupuestos Generales del Estado sin aportación de la Seguridad Social. De forma paralela y coincidente en el tiempo, se reguló la desgravación fiscal de los seguros médicos de empresa, de manera que algunas entidades han procedido a sustituir la colaboración por la contratación de una cobertura colectiva para sus trabajadores.

Las dificultades encontradas por las empresas para adaptarse a la nueva realidad del SNS ya desde su creación y el cambio en la forma de financiación fueron las razones principales por las que estas empresas estaban abandonando la colaboración en relación con la enfermedad común en todas las CC AA. Este abandono se aceleró coincidiendo con la transferencia del Insalud a todas las comunidades en el año 2002, al no acceder las administraciones que asumían las competencias al mantenimiento de los convenios de colaboración que el Insalud había firmado. Sin embargo, en el año 2004, la Comunidad Autónoma de Madrid decidió mantener esta forma mediante un acuerdo que en su preámbulo reconoce la necesidad de encontrar una cobertura legal para el mismo, no existente, según el texto, en el momento de la firma del acuerdo.

Las empresas colaboradoras y sus beneficiarios presentan peculiaridades, como el hecho de ser la empresa la que decide quiénes de sus trabajadores son cubiertos por los servicios objeto de la colaboración, o la dificultad que tienen los servicios públicos para facturar adecuadamente los servicios hospitalarios a la empresa responsable de su pago, cuando se utilizan dichos servicios por ciudadanos con pleno derecho a la ASSS. De hecho, los ciudadanos acogidos a una empresa colaboradora podían simultanear en todo momento los servicios ofertados por su empresa con los de su servicio de salud, cuya Tarjeta Individual Sanitaria no especificaba el régimen de colaboración.

El mantenimiento de la colaboración en la gestión de la sanidad pública tiene como aspecto más llamativo la persistencia de una figura típica de la organización de la Seguridad Social, claramente incompatible con el concepto de SNS. Además de la peculiaridad de su procedimiento de financiación en un sistema sanitario universal, las empresas colaboradoras incumplen el reglamento de colaboración, entre otras cosas porque no ha sido nunca adaptado a la nueva realidad, y discriminan con frecuencia a sus trabajadores —o potencialmente están habilitadas para hacerlo—, ya que pueden seleccionar el colectivo para el que asumen la colaboración, normalmente el residente en áreas urbanas. Las empresas colaboradoras, por último, garantizan una doble vía de acceso: por un lado, la ofertada por la empresa, por otro, la del SNS cuando el trabajador lo considera adecuado, dando lugar a desigualdades manifiestas entre ciudadanos y verosíblemente a un fenómeno de selección de riesgos en contra del SNS.

La persistencia de la colaboración de empresas para la gestión de las prestaciones sanitarias relacionadas con la enfermedad común y el accidente no laboral sólo es explicable

por la capacidad de influencia de las empresas acogidas a dicho sistema y la de los colectivos de trabajadores beneficiados, aproximadamente unos 500.000, para el mantenimiento de un sistema de privilegio que les permite utilizar las instalaciones del SNS siempre que lo consideren necesario, y disponer, con financiación pública, de un sistema paralelo para lo que consideren adecuado. El aspecto más paradigmático de esta contradicción es la presión ejercida por los sindicatos de clase, CC OO y UGT, en la Comunidad Autónoma de Madrid y el Colegio de Médicos de Madrid, entre otras instituciones, para el mantenimiento de la colaboración, una vez producida la transferencia del Insalud en el año 2002 y que concluyó con la firma del acuerdo, señalado anteriormente, por el que la Comunidad Autónoma de Madrid financia con una cuota capítativa a las empresas dispuestas a mantener dicha figura en el año 2004.

La colaboración de empresas en la gestión de la Seguridad Social es una organización congruente con el modelo adoptado en España para la organización y gestión de la acción protectora de dicha institución. Lo que no tiene ninguna lógica es el mantenimiento de esta colaboración en la atención sanitaria en un sistema “universalizado”. Por esto, se considera que debe extinguirse la posibilidad de dicha colaboración para el caso de la enfermedad común y, en el caso del accidente laboral y enfermedad profesional, regularla de forma coherente con la decisión que se adopte para las mutuas.

La derogación planteada debe ser expresa, como no podía ser de otra manera, para evitar sentencias como la reciente del Tribunal Superior de Justicia de Madrid a favor de Telefónica en su reclamación al Estado por la financiación de la atención sanitaria a sus empleados del año 2001 (periódico Expansión de 28 de enero de 2005). El razonamiento judicial, de acuerdo con lo recogido en la nota de prensa que se reseña, es impecable: al no haberse derogado el sistema, la obligación de financiarlo continúa.

Otra cosa distinta es cómo cada servicio de salud organice la provisión de servicios sanitarios a sus ciudadanos y la posibilidad de cederla a terceros, que es de su plena responsabilidad. En este sentido, y aunque no sea objeto de este estudio, parece necesario señalar la imperiosa necesidad de desarrollar la regulación necesaria para garantizar una información suficiente y transparente, así como el control necesario sobre la heterogeneidad organizativa y de gestión, que permite la plena descentralización de la atención sanitaria pública y que está empezando a consolidarse en el SNS. En este momento no es posible conocer de forma homogénea en todo el territorio y para los diferentes servicios de salud los resultados de los servicios en términos de efectividad, de percepción ciudadana, ni de coste.

3.5 El SNS y la atención a los trabajadores del mar

La acción protectora de la Seguridad Social para los trabajadores del mar está encuadrada en un régimen especial y gestionada por el ISM. Desde el punto de vista de la protección

sanitaria presenta especificidades por dos razones: una, la atención en el extranjero cuando los barcos están atracados; y otra, la atención en alta mar.

La acción sanitaria del SNS debe extenderse a todos los ciudadanos españoles y en territorio español organizarse de forma homogénea para todos ellos. En este sentido, la atención a los trabajadores del mar en España debe integrarse en el SNS, como ya se viene haciendo de forma progresiva desde la década de los años ochenta del siglo XX, y el proceso de transferencias a las CC AA de las competencias y de los medios del ISM afectados a la atención sanitaria debe culminarse lo antes posible, una vez completadas en 1996 y 1997 las correspondientes a Galicia, País Vasco, Valencia, Canarias y Cataluña.

En relación con la atención en el extranjero, lo idóneo sería que la ordenación se atuviese a lo dispuesto en los convenios internacionales y en los acuerdos específicos, al igual que para el resto de los ciudadanos cubiertos por el SNS, sin perjuicio de que, por las especiales características del trabajo y el medio en que se desarrolla, sea necesario facilitar que las empresas puedan asumir la realización de contratos de cobertura específicos.

Por último, en cuanto a la atención sanitaria en alta mar, se trata fundamentalmente de un problema organizativo no afectado por la universalización y, en consecuencia, no se analiza en este informe.

3.6 El SNS y la atención a los emigrantes: españoles en el exterior y retornados

La Constitución de 1978 en su artículo 14 recoge que todos los españoles son iguales ante la ley; en su artículo 42, que el Estado velará especialmente por la salvaguardia de los derechos económicos y sociales de los trabajadores españoles en el extranjero, y que orientará su política hacia su retorno; y en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud.

Los españoles en el exterior, en relación con el derecho a la protección de la salud, se encuentran en situación muy heterogénea, condicionada fundamentalmente por dos circunstancias: la existencia o no de un convenio que recoja la acción protectora y las condiciones reales del sistema sanitario en el país de acogida. Puede señalarse que en aquellos países con sistemas de protección social universales, entre los que se encuentran todos los firmantes de los Convenios Europeos de Seguridad Social, la cobertura de los españoles en el exterior es idéntica a la de los nacionales del país de acogida. El déficit de protección puede presentarse en aquellos países con sistemas de protección social precarios o basados en sistemas privados, especialmente en situaciones de crisis económica. Es en estos casos donde se han celebrado acuerdos específicos orientados a mejorar el nivel de protección de la atención sanitaria, y debe señalarse que no abarcan a todos los españoles en el exterior ni se han celebrado en todos los países donde residen españoles.

En relación con los emigrantes retornados cuando éstos han desarrollado su actividad en países con sistemas de protección social y que tienen convenio con el Estado Español, tienen el derecho a la cobertura que garantiza el convenio, y para todos los demás, desde la década de los años setenta del siglo XX, está regulada la forma de acceso a la cobertura sanitaria, como se ha señalado anteriormente.

Esta situación, claramente heterogénea y que ocurre con otros derechos recogidos igualmente en la Constitución, es una de las razones que han impulsado al Gobierno a promover el Estatuto de los Ciudadanos Españoles en el Mundo, que recoja con rango de ley la regulación necesaria para el ejercicio efectivo de dichos derechos. En este sentido, se considera que:

- en relación con los emigrantes retornados, no debe existir ninguna diferencia con el resto de los españoles, tal y como se plantea posteriormente. Todo español, de desarrollarse la propuesta que se plantea, tiene derecho a las prestaciones con financiación pública exigibles en el dispositivo asistencial del SNS;
- en relación con los españoles en el exterior, hay que atenerse a lo recogido en los convenios internacionales en materia de protección social y, en aquellos casos en que dichos convenios no existan o no sea posible su desarrollo, la Administración española debería garantizar la cobertura sanitaria para todos aquéllos que lo precisen mediante los acuerdos correspondientes con entidades públicas y privadas.

En este sentido, ya se está desarrollando una intensa labor condicionada por las propias disponibilidades presupuestarias, que obligan a priorizar la atención a los colectivos más desfavorecidos y en precariedad económica, esencialmente mayores e incapacitados para el trabajo.

En la formación de dichos acuerdos la mayor dificultad estriba en que existe un núcleo importante de población en países donde la universalización de la protección a la salud no existe, ni hay perspectivas de que exista. Antes al contrario, las tendencias son cada vez más liberalizadoras y se orientan a que la salud se convierta en una mercancía más, con lo cual las posibilidades económicas determinan las posibilidades de asistencia sanitaria.

En ese contexto la negociación de los convenios se hace complicada, por cuanto es habitual que haya que recurrir a entidades privadas, que establecen cuotas muy elevadas para una población que consideran de “alto riesgo” sanitario. Por ello, en estos casos, se trataría de conseguir que en los planes de salud que se fueran articulando en cada país se incorporara al conjunto de la colectividad española, que ya está haciendo frente al pago de su asistencia sanitaria, para que en las “negociaciones” se consiguiesen precios más asequibles y poder garantizar así una sostenibilidad del sistema de protección fuera de nuestro país.

4. El SNS y el patrimonio de la Seguridad Social adscrito a las comunidades autónomas

El patrimonio de la Seguridad Social y su mantenimiento ha sido y sigue siendo una de las principales razones esgrimidas para que no se haya materializado la universalización de la atención sanitaria, razón por la cual debe ser un tema de estudio especial en todos sus aspectos en caso de llevarse a cabo dicha universalización.

La situación patrimonial de los bienes de la Seguridad Social objeto de transferencia cuando se procede al traspaso de competencias del Insalud está regulada en los propios decretos de transferencias. Así, en el caso de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, en el punto 7 del apartado F del Anexo al RD 1471/2001, de 27 de diciembre, que señala: “la titularidad de los bienes patrimoniales adscritos, inventariados en la relación adjunta número 3, corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social, debiendo figurar los inmuebles adscritos en el Balance de la Seguridad Social en la forma que determine la Intervención General de la Seguridad Social”.

El patrimonio de la Seguridad Social, a su vez, está regulado en la sección primera del capítulo VIII, artículos 80 al 85, del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RD-Ley 1/1994), en el RD 1221/1992 y sus disposiciones complementarias, y en lo que éstas no prevean se aplicará la legislación reguladora del Patrimonio del Estado.

La contabilización del patrimonio y de los bienes adscritos a las CC AA se realiza de acuerdo con las normas contenidas en el Plan Contable de la Seguridad Social (Resolución de 16-10-97).

La situación actual de transferencia plena a todas las CC AA –algunas como Cataluña y Andalucía con más de 20 años con plenas competencias– hace pensar como lógica la opción de unir el uso y disfrute de los bienes a su titularidad, basándose en:

- el patrimonio adscrito a las CC AA ha sido enriquecido con patrimonio propio de éstas, muchas veces ejecutado en terrenos adscritos, lo que haría imposible deslindar en la práctica el titular real de muchos de los bienes. Lo mismo puede decirse en relación con el patrimonio constituido por el antiguo Insalud desde 1989, año en que se modificó la financiación de la ASSS, de forma que los presupuestos ejecutados por una entidad gestora de la Seguridad Social han sido financiados, sin embargo, con cargo, en origen, a los

Presupuestos Generales del Estado, en terrenos muchas veces cedidos por otras administraciones;

- el patrimonio adscrito a las CC AA como consecuencia del traspaso de las competencias en materia de sanidad tiene todas las características de la irreversibilidad. Es impensable que alguna comunidad autónoma incurra en las causas previstas para la reversión (no uso o cambio de destino);
- de considerarse cierta la hipótesis anterior, el carácter indefinido de la adscripción haría que los bienes cedidos careciesen de valor de realización para la Seguridad Social, y de alguna manera la contabilidad del sistema de la Seguridad Social no reflejaría, en la práctica, la imagen fiel del patrimonio;
- en el caso de algunas CC AA, la plena posesión de los bienes actualmente adscritos supondría un importante activo, con un elevado valor de mercado, que podría compensar, en todo o en parte, las inversiones actuales o futuras de muchas de ellas. Por tanto, podría ser un elemento a considerar en las negociaciones¹⁵ sobre el cambio del modelo de financiación, más aún cuando previsiblemente será planteado por parte de las CC AA. Un elemento de cautela podría ser la necesidad de autorización previa, por la Administración General del Estado o por la propia Seguridad Social, para la negociación de un activo adscrito en el proceso de transferencia, y que dicha autorización esté condicionada siempre a la creación de un nuevo activo de uso sanitario con al menos el mismo valor de utilidad que el que se pretende enajenar;
- el patrimonio de uso sanitario que pasase a ser titularidad de las respectivas CC AA debe constituir un patrimonio de todos, cuyo uso debe estar garantizado para todos los beneficiarios del SNS. Por tanto, existiría la obligación legal de mantenerlo en perfecto estado de uso y su enajenación sólo sería posible en los casos concretos de sustitución, como se ha señalado.

Dado que cualquier posible modificación patrimonial no debería de alterar el equilibrio presupuestario ni la cuenta de resultados de la Seguridad Social, tendría que contarse con un informe sobre las posibilidades del actual Plan Contable para contemplar esta situación o sobre las posibilidades que su adaptación o cambio dejarían abiertas, y precisaría la modificación de diferentes normas, entre ellas: la Ley General de la Seguridad Social (RD-Ley 1/1994), el RD 1221/1992 y los reales decretos de transferencias del Insalud a las CC AA.

¹⁵ Negociaciones en curso en el primer trimestre del año 2005 cuando se está preparando este estudio.

5. Conclusiones y propuestas: el SNS como asegurador universal

El análisis efectuado permite hacer una propuesta que tiene su base en las siguientes conclusiones:

1. La universalización no se ha producido de derecho y la creación del SNS se ha superpuesto a la Seguridad Social, dando lugar a un sistema muy complejo. La atención sanitaria ha formado parte tradicionalmente de la acción protectora de la Seguridad Social y la actuación de ésta permitió la “universalización *de facto* en la utilización” de los servicios sanitarios públicos en la década de los años ochenta del siglo XX.
2. El sistema actual es un sistema estratificado que acaba convirtiendo los derechos de todos en privilegios para unos pocos¹⁶, por el mantenimiento de diferentes subsistemas de cobertura sanitaria con financiación pública con prestaciones, organización y capacidad de los ciudadanos diferentes frente a los servicios sanitarios. Además, la falta de una regulación adecuada de las situaciones que se producen de hecho conducirá a que sean los tribunales quienes, sobre la base de la normativa existente en cada momento, establezcan jurisprudencia sobre la cobertura o aspectos relacionados, como en el caso de la financiación de las colaboradoras.
3. El proceso de integración de los diferentes subsistemas de protección sanitaria pública en el SNS, previsto en la LGS, no se ha realizado. En consecuencia, el SNS no se ha convertido en el asegurador sanitario universal y único, característica clave para el cumplimiento de objetivos como la equidad o el control del crecimiento del gasto, y tiene minada su legitimidad para emprender reformas, dado que ha sido incapaz de realizar la principal transformación organizativa necesaria para pasar de un sistema tipo Seguridad Social a uno tipo Servicio Nacional de Salud.

El mantenimiento de un sistema sanitario estratificado, unido a la existencia de desgravaciones fiscales por la cobertura de servicios sanitarios privados, es la muestra más evidente de la impronta histórica del sistema sanitario heredado de la dictadura¹⁷ y el mejor

¹⁶ O la percepción de que existen privilegios, ya que desde el punto de vista asistencial hay actuaciones como los trasplantes que sólo se realizan en centros con financiación pública.

¹⁷ Los ciudadanos que no están incluidos en el SNS son los profesionales liberales, y aquéllos que lo pueden eludir son los que realizan su actividad en la administración o en empresas concretas en sectores productivos muy específicos.

argumento para deslegitimar al SNS, como bien se encargan de recordar periódicamente todos aquéllos interesados en la transformación radical del sistema sanitario público y su sustitución por otro con organización y gestión privada para colectivos de población cada vez más numerosos y diversos.

La Ley de Modificación del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, aprobada a propuesta del gobierno del PP en 1998, recogió la sustitución de la desgravación fiscal individual por gastos sanitarios por la desgravación empresarial de los gastos incurridos para financiar la cobertura sanitaria de los trabajadores, cuando sean financiados por la empresa. Esta medida, unida a la ausencia de cualquier planteamiento en relación con el aseguramiento sanitario en la LCC aprobada en el año 2003, y algunas de las actuaciones en la Comunidad de Madrid desde la asunción de las transferencias del Insalud en el año 2002 muestran con toda claridad la pretensión de privatizar la cobertura sanitaria, implícita en la actuación política del PP, y que puede dar lugar, en corto plazo, a un punto de no retorno en el SNS.

En consecuencia, parece necesario que desde los órganos competentes, principalmente Secretaría de Estado de la Seguridad Social y Ministerio de Sanidad y Consumo, se promuevan las actuaciones necesarias para cerrar definitivamente el proceso de construcción del SNS y poner las bases para un nuevo periodo en la protección social en España que contribuya de forma más clara y mejor a la cohesión social.

Esta actuación, con las propuestas que se consideren más adecuadas, debería ser tenida en cuenta en la definición del nuevo modelo de financiación autonómica, en revisión cuando se realiza este estudio. El gasto sanitario, responsable del 35%-40% del gasto de las CC AA, tiene una capacidad de control compleja y su evolución es una de las causas fundamentales que ha llevado a cuestionar el actual modelo de financiación autonómico. En este sentido, se considera imprescindible una definición clara del aseguramiento y de las responsabilidades financieras de cada uno de los agentes que en él intervienen para dotar de una mejor estabilidad al sistema.

Con apoyo en las conclusiones planteadas, la universalización de la cobertura sanitaria en España es la única propuesta posible y su objetivo sería hacer realidad, 20 años después, lo dispuesto en la LGS. Para ello debe reconocerse como titulares del derecho a la atención sanitaria pública a:

- a) Todos los ciudadanos españoles, que, con independencia de su lugar de residencia, tendrían idéntica cobertura garantizada por el SNS. Dicha cobertura sería exigible en el dispositivo asistencial del SNS y fuera del territorio nacional, de acuerdo con lo establecido en los correspondientes convenios internacionales.
- b) Todos los residentes en España y contribuyentes fiscales en España, que tendrían la cobertura garantizada por el SNS con idénticas características a la de los ciudadanos españoles.

- c) Los transeúntes en España y residentes no contribuyentes fiscalmente tendrían la cobertura sanitaria que amparen los convenios internacionales o disposiciones específicas, como la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Esta propuesta precisa una norma legal que supere lo establecido tanto en la LGS como en la LCC. El elemento fundamental de la norma sería el establecimiento del SNS como el único garante de la cobertura sanitaria para todas las personas que se han definido como portadoras del derecho. La cobertura sanitaria tendría un núcleo garantizado, común para todos los ciudadanos, establecido en la norma que regule las prestaciones del sistema; la financiación necesaria sería la definida legalmente en cada momento por el modelo de financiación autonómica, y la organización y gestión de las prestaciones sería plena competencia de las CC AA.

Al mismo tiempo, la norma debería precisar si el reconocimiento del derecho se basa en el concepto de ciudadanía y, en coherencia, su organización y gestión pasa a ser competencia de las CC AA, o bien se ordena como una prestación no contributiva de la Seguridad Social, cuya organización y gestión compete al SNS. En cualquier caso, la prestación sanitaria debe desvincularse absolutamente de las prestaciones contributivas de la Seguridad Social y las relaciones entre sistema sanitario público y Seguridad Social definirse *ex novo* desde la nueva situación.

Los aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora de establecer el contenido legal son los siguientes:

- Definir los riesgos cubiertos por el SNS. Desde un punto de vista teórico y con una concepción integral del abordaje de la protección de la salud, el SNS debería abordar todos los riesgos en relación con la salud, superando la separación clásica entre enfermedad común y salud laboral.

La realidad actual de la cobertura sanitaria en España y la especificidad en la promoción de la salud y la prevención de riesgos en el mundo laboral aconsejan, sin embargo, mantener independiente todo el sistema de prevención de riesgos laborales con la coordinación necesaria con el SNS y las medidas de impulso necesarias¹⁸ para conseguir controlar uno de los problemas más importantes que tiene la protección a la salud en España por sus niveles de morbimortalidad, que en muchos casos se puede prevenir.

En relación con la cobertura del accidente de trabajo y la enfermedad profesional, debería disponerse su integración en el SNS y, en cuanto al dispositivo asistencial de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, adecuarlo a la actual

¹⁸ En este sentido, se recomienda, entre otros trabajos, el de Benavides (2003).

distribución de competencias en el Estado autonómico. De no considerarse apropiada dicha integración, parece necesario garantizar:

- a) La cobertura por accidente laboral y enfermedad profesional a todos los trabajadores, extendiéndola a todos aquellos que en sus actuales esquemas de protección no la tienen.
- b) Que las mutuas funcionen como un compartimento estanco en todos los casos en relación con el SNS, sin posibilidad alguna de selección ni de derivación.
- c) La necesaria coordinación con el dispositivo asistencial del SNS para garantizar la mejor atención que se precise en cada momento.
- d) El desarrollo pleno de un sistema de información que permita conocer la realidad de la salud laboral y desarrollar los estudios necesarios para mejorar las actuaciones, especialmente en el medio laboral, en materia de prevención.

En la actualidad, los sistemas de información sanitaria disponibles, responsabilidad de las administraciones sanitarias, adolecen de muchos defectos y con frecuencia carecen de toda utilidad. En este sentido, parece necesario configurar un sistema realista, ya que los sistemas de información suelen desarrollarse de forma adecuada cuando son útiles para el proceso de toma de decisiones, y parece poco conveniente que quien no tiene ninguna competencia ni en la prevención ni en la asistencia asuma la responsabilidad plena de la implantación de los sistemas de información necesarios, más allá de que no exista ninguna duda, al menos desde el punto de vista teórico, de la idoneidad de las administraciones sanitarias para ello.

- e) La compensación económica por los costes reales incurridos en los centros del SNS en todos los casos, con independencia de la entidad que asuma la cobertura del riesgo laboral.
 - f) El establecimiento de un órgano de arbitraje entre el SNS y la Seguridad Social para todos los temas en relación con la salud laboral
- Integrar todos los colectivos que actualmente tienen cobertura de la ASSS en un único colectivo. Para ello, dado el rango de las normas que amplían la cobertura de los diferentes colectivos o que no les obligan a ello –caso de los colegios profesionales en determinadas circunstancias–, bastaría con el simple precepto legal y una norma básica de desarrollo. Simultáneamente, deberían revisarse los Presupuestos Generales del Estado, de manera que todas las partidas existentes destinadas a la Seguridad Social para financiar la asistencia sanitaria sean reconducidas al sistema general de financiación autonómica; igualmente, en el presupuesto de la Seguridad Social, todas las aportaciones que actualmente están vinculadas a la cobertura sanitaria deberían revertirse al Estado para financiar la asistencia sanitaria de los servicios de salud.

- Integrar la sanidad penitenciaria en el SNS. Se trata de un problema principalmente organizativo y que previsiblemente suponga un mayor coste a los servicios de salud del que actualmente se dedica a este subsistema. En cualquier caso, existen estudios suficientes y mandato legal en la LCC para ello.
- La integración de aquellos colectivos que actualmente “carecen” de cobertura sanitaria con financiación pública sería automática. Los ciudadanos afectados serían aquéllos que nunca han sido integrados en ninguno de los regímenes de la Seguridad Social, como los profesionales colegiados pertenecientes a colegios profesionales que mantienen sus propios instrumentos de protección social, o aquellas personas individuales que no pertenecen a ningún colectivo de los incluidos en la acción protectora de la Seguridad Social, básicamente aquéllos con un nivel de rentas económicas suficiente y que nunca han cotizado a la Seguridad Social.

El coste de esta integración puede ser asumido por los actuales servicios de salud sin generar tensiones importantes, primero porque, al ser la financiación autonómica capitativa y construida bajo la premisa de la universalización, ya están incluidos en el reparto; segundo, porque su número es muy exiguo, considerándose que no llegan a 150.000 en todo el territorio nacional, y tercero, porque ya hacen uso de los servicios públicos cuando lo consideran necesario, dada la situación de universalización *de facto*. De hecho, el problema mayor de estos ciudadanos es recibir la factura correspondiente a la asistencia sanitaria en un centro público y la necesidad de un procedimiento de exoneración para evitar el pago.

- 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 cuo-

ta capitativa correspondiente a todos los mutualistas que hayan optado por el SNS y que las mutualidades ingresan actualmente en la Tesorería de la Seguridad Social.

El mantenimiento de la indefinición actual en relación con el aseguramiento sanitario con financiación pública es absolutamente incompatible con un sistema universalista. Además, es previsible que la opción de salir del sistema, manteniendo financiación pública, sea demandada en el corto plazo por otros colectivos que actualmente lo hacen por diferentes vías, convenios especiales o empresas colaboradoras; lo que en la práctica llevará a la consolidación de un sistema dual, que acabará relegando el SNS a un sistema universal para aquéllos que no pueden optar a salir de él. Por último, es previsible que, de mantenerse la actual situación, una demanda legal bien planteada dé lugar a una jurisprudencia que rompa el SNS, como consecuencia de la discriminación permitida en el actual ordenamiento jurídico.

- Es necesario regular un documento de identificación, útil para la gestión tanto del SNS como de cada uno de los servicios de salud: la Tarjeta Individual Sanitaria, que haga compatibles los elementos comunes con los específicos. La base de datos debe ser única e incluir a todas las personas protegidas con financiación pública, abarcando a aquéllas que transitoriamente puedan mantenerse fuera del esquema del SNS. Para la operatividad real del sistema se considera imprescindible la implicación activa de la base de datos de Seguridad Social.
- Deben incluirse en la norma las relaciones entre el sistema de protección sanitaria –el SNS– y el sistema de protección social –la Seguridad Social–, e igualmente con el sistema de atención a la dependencia, en caso de desarrollarse éste como está previsto.

En relación con la Seguridad Social, deben tenerse en cuenta:

- a) Patrimonio. Debe plantearse su cesión a las CC AA, afectado a su mantenimiento o mejora y a su utilidad sanitaria.
- b) Relaciones internacionales. Los convenios internacionales actualmente vigentes que garantizan la cobertura en diferentes espacios territoriales son todos de Seguridad Social y no parece razonable proponer su modificación. Sin embargo, sí parece necesario:
 - Garantizar que la Seguridad Social facilita la Tarjeta Sanitaria Europea a todos aquéllos con Tarjeta Individual Sanitaria, y los correspondientes procedimientos para acogerse a la cobertura en el país de destino a todos aquellos trabajadores desplazados que acreditan el derecho a asistencia sanitaria.
 - Clarificar los flujos de financiación, de manera que las compensaciones sean transparentes entre Estados, pero también entre la Seguridad Social y las diferentes Comunidades Autónomas.

- c) Farmacia. La gratuidad en la prestación farmacéutica de los pensionistas está vinculada a una decisión de Seguridad Social que soporta el SNS, debiendo revisarse si se mantiene como tal y cómo debe financiarse. Parece razonable:
- Mantener el sistema tal y como está en la actualidad en tanto en cuanto no se plantee, si alguna vez se plantea, una modificación en el acceso a la prestación farmacéutica, previsiblemente basado en supuestos diferentes a los actuales, lo cual no es objeto de este trabajo.
 - Hacer copartícipe a la Seguridad Social de la financiación del 40% de gratuidad en las recetas de pensionistas que su decisión conlleva y que supone un porcentaje muy importante del gasto farmacéutico ambulatorio.
- d) Incapacidad temporal. Deben revisarse los actuales convenios de colaboración entre la Seguridad Social y los servicios de salud, de forma coherente con las conclusiones del estudio que debe hacerse para mejorar el control de la IT como se ha referido.
- Por último, la Seguridad Social debe proceder a:
 - a) Desvincular la protección sanitaria del resto de la acción protectora de la entidad. La única vinculación a mantener sería con la prestación económica por Incapacidad Temporal para aquellos colectivos que tuviesen derecho a la prestación conforme a la regulación propia de la Seguridad Social, y siempre que se considerase que su seguimiento y control deben seguir siendo competencia de los servicios de salud, algo deseable en criterio del autor de este informe.
 - b) Derogar explícitamente toda la normativa que se ha generado en los últimos 40 años y que regula la atención sanitaria dentro de la organización y gestión de la entidad, especialmente lo relacionado con la cobertura.
 - c) Derogar la colaboración de empresas para la asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral.
 - d) Derogar el Seguro Escolar, ya que se trata de un esquema de protección residual.
 - e) En relación con el Instituto Social de la Marina, en lo referido a la atención sanitaria, debería procederse a:
 - Completar el proceso de transferencias a las CC AA.
 - Homogeneizar la atención sanitaria en el extranjero a lo que se regule en el SNS para todos los ciudadanos.
 - Ordenar, de la forma que se considere más adecuada, la atención sanitaria en alta mar.

6. Resumen

El SNS en el año 2005 no es un sistema universal, a pesar de que aparentemente se entiende que sí lo es. Además, existen colectivos con prestaciones diferentes y condiciones de acceso especiales a la prestación sanitaria. En consecuencia, la equidad, la eficiencia y la calidad en la prestación sanitaria pública se encuentran comprometidas y el SNS, como instrumento reconocido de solidaridad y cohesión social, en peligro.

La universalización de la atención sanitaria, dada la situación de hecho –con coberturas con financiación pública que alcanzan al 99,8% de los ciudadanos en el año 2005 y con el SNS responsable de la del 95%– es factible, tanto legal como económicamente. El reto, por tanto, es fundamentalmente de naturaleza política y, dada la historia y la realidad actual de la protección social en España, correspondería a la Seguridad Social impulsar el desarrollo de aquellas medidas que cierren el proceso de construcción del SNS en todo lo relacionado con la universalización.

La universalización de la atención sanitaria en España puede realizarse bien como prestación de ciudadanía o como prestación no contributiva dentro de la Seguridad Social. Resuelto el tema del patrimonio y con una buena regulación de las relaciones entre Seguridad Social y SNS, cualquiera de las dos alternativas es adecuada, si bien se considera que el mantenimiento de la protección sanitaria dentro del esquema de protección global para todos y la descentralización plena de su organización y gestión es lo más coherente. En consecuencia, debería regularse la prestación sanitaria como una prestación universal, de carácter no contributivo, de la Seguridad Social, cuya organización y gestión están plenamente descentralizadas en las CC AA.

En realidad, el único problema real que existe para la universalización es abordar de forma homogénea la cobertura del 5% de la población española que disfruta de sistemas de cobertura “especiales”. Esta realidad se ha impuesto hasta la actualidad y puede ser que se considere –por parte de aquellos responsables de la toma de decisiones– que no sea conveniente homogeneizar las coberturas. En este caso debe procederse a finalizar con la ficción del aseguramiento único y a terminar con los núcleos de privilegio para unos pocos.

Por tanto, en caso de no considerar conveniente proceder a la universalización, como ha ocurrido en los años pasados desde la LGS y como se evitó conscientemente en la LCC, parece inexcusable tener el coraje de:

- a) proceder a la universalización para todos los ciudadanos y residentes, como se ha señalado en la propuesta, bajo la modalidad que se considere más adecuada, ciudadanía o prestación no contributiva de la Seguridad Social, y
- b) regular el aseguramiento público múltiple con financiación pública para todos los españoles. Primero, porque no es sostenible que sólo sea accesible para una elite; y segundo, porque la competencia en sanidad tiene que estar ampliamente regulada¹⁹. No habría peor escenario que la introducción de capacidad de elección real en el sector sanitario español sin una regulación adecuada.

La universalización, por último, no significa igualitarismo en la organización y la gestión. La universalización, como se señalaba al inicio, es la garantía de una acción protectora homogénea para todos, y debe ser compatible con la necesaria reforma en la organización y gestión tanto del sistema como de los centros y establecimientos, empezando por una nueva política de personal, como ya se ha puesto de manifiesto en otros estudios (Sevilla, 2005) y que no son el objeto de éste.

¹⁹ Es bien conocido cómo la reforma en marcha en los Estados Unidos desde los años 80 del siglo XX se denomina “Competencia Gestionada”, del inglés “Managed Competition” porque según uno de sus “padres”, Enthoven, la competencia en sanidad debe estar regulada (Sevilla y Navarro, 1997).

Bibliografía

- Benavides, F. G. (2003), La salud laboral en España: propuestas para avanzar, Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 26/2003.
- Esping-Andersen, G. (1990), The three worlds of welfare capitalism, Princeton (New Jersey), Princeton University Press.
- Freire, J. M. (1993), Cobertura sanitaria y equidad en España, I Simposio sobre igualdad y distribución de la riqueza, Fundación Argentaria.
- Guillén Rodríguez, A. M. (1996), Política de Reforma Sanitaria en España: de la Restauración a la Democracia, Madrid, Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones.
- Lluch, E. (1998), La “operación primavera” contra la Ley General de Sanidad, *La Década de la Reforma Sanitaria*, pp. 29-34, Editores: Francisco Ortega y Fernando Lamata, Madrid, Exlibris Ediciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1997), Anteproyecto de Dictamen de la Subcomisión Parlamentaria para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del SNS, Madrid, Documento gris.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003), Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2001), Memoria Económico-Financiera y de Gestión, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social, Ejercicio 2001, www.seg-social.es.
- Sevilla, F., y Navarro, V. (1997), La competencia gestionada: sus méritos, ¿nos permiten conocer el bosque?, *Revista de Administración Sanitaria*, 1, pp. 573-93.
- Sevilla Pérez, F. (2005), Políticas y Estrategias de Recursos Humanos en el SNS. Sostenibilidad vinculada a agentes sociales, *Un nuevo Contrato Social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*, pp. 183-98, Barcelona, Editorial Ariel.
- Tortuero, J. L., y Panizo, J. A. (2003), Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia de Regímenes, Documento de trabajo 12/2003, Fundación Alternativas.

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos)**. José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal**. Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos**. María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria**. Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España**. Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate**. José M.^a Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada**. Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral**. Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático**. Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España**. Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español**. Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España**. Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia**. Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable**. Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales**. Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos**. Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información**. Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital**. Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias**. Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito**. José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contacto médico: problemas clínicos y de gestión**. Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.