

Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España.⁵⁶

José Manuel Freire Campo

RESUMEN.

El aseguramiento sanitario, su cobertura poblacional y la naturaleza del derecho a la misma, su equidad y contenido, constituyen el núcleo mismo de lo que define a un sistema sanitario y es lo que en definitiva refleja los valores a los que responde. De la situación del aseguramiento sanitario en España se constata que su universalización *de facto* –alcanzada en 1990– constituye un gran logro de la sociedad española y es uno de los factores que más contribuyen a su cohesión y bienestar. Sin embargo, la cobertura sanitaria pública no es todavía un derecho cívico, igual para todos los españoles, ligado a la única condición de ciudadanía o residencia, en contra una creencia ampliamente extendida: existen españoles que, al no tener vinculación con la Seguridad Social ni carecer de medios económicos, no tienen derecho a un SNS que se financia por impuestos y del que se dice que es para todos. El aseguramiento sanitario en España es una realidad abigarrada de diferentes títulos de derecho, con desigualdades en el tipo de cobertura y provisión de servicios sanitarios para grupos importantes de ciudadanos, con consecuencias muy negativas para el Sistema Nacional de Salud, su equidad, calidad y buen funcionamiento. Por ello se argumenta la necesidad de proceder a la uni-

versalización *de iure* de la cobertura sanitaria pública, con igual título de derecho para todos los españoles y residentes legales. Esta necesidad apunta igualmente la importancia de clarificar la *naturaleza del aseguramiento* del SNS (¿prestación no contributiva de la Seguridad Social, igual para todos los españoles? ¿Derecho cívico?), como una condición para resolver algunos de los problemas estructurales de un SNS cuyo crecimiento y desarrollo ha desbordado los supuestos el marco legal en el que teóricamente está basado, exigiendo su refundación en base al derecho de ciudadanía compartida e igualitaria.

1. INTRODUCCIÓN: LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA TODAVÍA NO TIENE COBERTURA UNIVERSAL, Y SU COBERTURA NO ES IGUAL PARA TODOS.

El proceso de crecimiento de la cobertura sanitaria poblacional (aseguramiento) de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS), base del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, comenzó a principios de los años cuarenta en la posguerra, y culminó en 1989 con la última medida que ampliaba la cobertura de la ASSS, el RD 1088/89, por el que se incluían en la cobertura de la ASSS a las personas sin recursos económicos. Culminar la extensión a prácticamente la totalidad de la población española de la cobertura de la Seguridad Social fue un gran logro de los primeros gobiernos socialistas, los cuales entre 1982 y 1990 incluyeron en la cobertura de la Seguridad Social a casi siete (7)

⁵⁶ Texto provisional, sujeto a cambios. Se agradecen comentarios y sugerencias: jmfreire@isciii.es

Este texto está basado en los datos del capítulo del autor titulado *La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento*, publicado en: Repullo Labrador JR y Oteo Ochoa LA. *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*. Ariel: 2005.p.61-99.

millones adicionales, en un proceso cuyo desarrollo lógico debería haber llevado a España a tener un sistema sanitario universal, como derecho cívico igual para todos, financiado por impuestos y ligado únicamente a la condición de ciudadanía o residencia.

No ha sido así y todavía no lo es: existen españoles que, por no tener vinculación con la Seguridad Social y no carecer de medios económicos, no tienen derecho legal a un SNS que se financia por impuestos y que debería ser universal según el espíritu (incluso la letra) de numerosos textos legales (Constitución, Ley General de Sanidad, 1986, Ley de Cohesión y Calidad del SNS, 2003) y Ley General de Seguridad Social⁵⁸ 1994). Una prueba evidente de que el SNS no cubre a todos los españoles por igual y de que no todos tienen el mismo aseguramiento público es la existencia de sistemas especiales de Seguridad Social los funcionarios de la Administración Central: funcionarios civiles (cubiertos por MUFACE), funcionarios judiciales (cubiertos por MUGEJU) y funcionarios militares (cubiertos por ISFAS) y varias situaciones de privilegio para otros colectivos importantes. Esta situación no solo es injusta, sino que tiene importantes repercusiones negativas para el buen funcionamiento del sistema sanitario público.

Esta situación del aseguramiento proyecta su repercusión a todo el sistema sanitario y a su vez es resultado de ella. Los problemas de equidad que refleja la naturaleza del aseguramiento sanitario en España reflejan importantes problemas estructurales del SNS y, de un modo más concreto, abandono y dejación de responsabilidades en relación con la sanidad pública, una de las instituciones más importante y vitales para la nuestra sociedad y para cada uno de nosotros. Desde enero de 2002 las competencias-responsabilidades del SNS están transferidas a todas las Comunidades Autónomas (CCAA) por igual y su financiación integrada en la financiación general autonómica (por impuestos). Esta

situación debiera haber llevado a reformular la *naturaleza misma del aseguramiento sanitario* del SNS en la que es obvio preguntarse: ¿qué significa que el *aseguramiento sanitario* del SNS esté vinculado a la Seguridad Social, como prestación no contributiva de la misma? No está claro quien es en estos momentos la autoridad competente en materia de aseguramiento sanitario en España. A la tensión clásica derecha-izquierda en las visiones y valores del sistema sanitario, se ha añadido otra dimensión: el eje centro-periferia en el que se posicionan diferentes visiones del SNS, que van desde una visión en la que el aseguramiento sanitario es ya propio de cada CCAA, a los que consideran que el aseguramiento del SNS es igual y único para todos los españoles, si bien administrado por cada Comunidad Autónoma. Es un hecho que, en ausencia de un fuerte liderazgo central-común en la práctica todo favorece el deslizamiento hacia un *seguro sanitario propio* de la Comunidad Autónoma de residencia.

Los aspectos centrales que caracterizan a un sistema sanitario son el aseguramiento, su naturaleza, contenido, cobertura poblacional y equidad. Estos elementos responden a los valores sociales y políticos que informan al sistema sanitario, en definitiva al modelo de sociedad, por lo que son de un gran calado político y social. Por ello no es de extrañar que permanentemente se vea haya pospuesto el debate sobre los retos que plantea la actual situación del aseguramiento sanitario en España: las más que evidentes contradicciones existentes entre la versión idealizada del SNS, presuntamente universal y equitativo y una realidad claramente diferente, no resistirían sin importantes cambios en el *statu quo* un debate democrático con luz y taquígrafos. En este sentido, que estos y otros temas del SNS ocupen un tan bajo lugar en la agenda política responde con toda claridad a la "*la lógica de la acción colectiva*"⁵⁹ (evitar concentrar en pocos los costes y diluir en muchos el beneficio), al tiempo que traduce la importancia y trascendencia de estos temas, que van más allá del aseguramiento e incluyen la financiación del

⁵⁸ RDL 1/1994. Ley General de la Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE de 29 de junio. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

⁵⁹ M Olson. *The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups*. Harvard U. Press. Cambridge, MA, 1982.

sistema sanitario, naturaleza autonómica o nacional del aseguramiento sanitario en España, etc. etc.

El objetivo de este texto es estudiar la situación actual del aseguramiento sanitario público en España y la problemática estructural del SNS relacionada con el mismo. Para ello, en primer lugar se describen las características y peculiaridades del aseguramiento sanitario en España. En segundo lugar se presentan algunas de las cifras disponibles sobre la cobertura sanitaria pública. Finalmente, examinaremos la relación entre la situación del de aseguramiento-cobertura sanitaria en España y los problemas estructurales del SNS, y por último proponiendo algunas alternativas para abordarlos.

2. PECULIARIDADES DEL ASEGURAMIENTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA

La cobertura sanitaria pública es casi universal en España, pero el estudio detallado de la misma muestra una realidad abigarrada en la se distinguen las siguientes situaciones que implican o bien aseguramiento diferente o distinto derecho al mismo aseguramiento:

1. Régimen General de la Seguridad Social. Cubre a la inmensa mayoría de la población (más del 95%) siendo el referente del SNS y de la sanidad pública española;
2. Seguridad Social de funcionarios de la Administración central. Cubre a una población cercana a los 2.5 millones de personas, correspondientes a las tres mutualidades de funcionarios Civiles (MUFACE), Judiciales (MUGEJU) y Militares (ISFAS).
3. Ciudadanos sin derecho a cobertura de la ASSS u otro seguro público. Su número debe calcularse por exclusión y encuestas, estimándose número en unas 200.000 personas.
4. Población cubierta por la Sanidad Penitenciaria. La población reclusa alcanza en 2004 una media de 58.354 personas⁶⁰ y es financiada

con cargo a los presupuestos del Ministerio de Interior.

5. Aseguramiento sanitario público (obligatorio) para situaciones o riesgos diferentes al de enfermedad común y accidente no laboral. Aquí se incluyen los seguros de enfermedad profesional y accidente laboral asegurados por el sistema de Seguridad Social a través de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS (MATEPSS), el Seguro Escolar, pudiendo incluirse aquí también otros seguros de riesgos de accidente corporal (especialmente tráfico por su importancia).

Dentro de cada uno de los epígrafes indicados arriba se dan a su vez peculiaridades y complejidades internas que se comentan a continuación.

2.1 Asistencia Sanitaria del Régimen General de la Seguridad Social

Como se ha dicho, constituye la inmensa mayoría de la población española, pero desde el punto de vista de la cobertura y acceso a los servicios sanitarios, su composición es menos homogénea e igualitaria de lo que generalmente se asume. En efecto, el análisis de la cobertura de la ASSS permite distinguir varios subgrupos de población en función de la naturaleza del derecho a la cobertura.

Según el origen y la naturaleza del derecho⁶¹ a la cobertura de la ASSS es posible distinguir, al menos, las siguientes cuatro situaciones:

1. Población cubierta por su afiliación a la Seguridad Social.
2. Población cubierta por su pertenencia a colectivos singulares cuyo derecho a la ASSS

⁶⁰ Datos de población reclusa en: <http://www.mir.es/instpeni/sggabinete/adatos.htm#media>. (sep 2004)

⁶¹ Ver relación de estas normas en: Freire Campo JM. Cobertura sanitaria y equidad en España. I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza. Fundación Argentaria. Madrid, 24-28 de mayo de 1993 (pág 137-38). Ver también: Alfaro Latorre M, Barranco Ortega V, Navarro Castillo C. Algunas reflexiones sobre la cobertura de la asistencia sanitaria pública en España. Revista de Administración Sanitaria. 2001; (6); 23: 123-143 (Págs. 136-141). Ver igualmente: Sevilla F. La Universalización de la Atención Sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Fundación Alternativas. Doc de Trabajo Núm. 86/2006. Disponible en: <http://www.falternativas.org>

ha sido reconocido por una normativa específica.

3. Población acogida al RD 1088/1989 que extendió la ASSS a las personas sin recursos, antes cubierta por el subsistema de los Padrones de la Beneficencia municipal.
4. Colectivos que tienen acceso a los servicios sanitarios del SNS, aunque propiamente no están asegurados por la ASSS.

Cada uno de estos grupos tiene su propia complejidad interna, de modo que la combinación de los distintos derechos a los servicios del SNS y la existencia de peculiaridades en el acceso a los servicios sanitarios para algunos grupos (que veremos más adelante) da lugar a más de 41 grupos asistenciales diferentes en la sanidad pública española, en función de su derecho a recibir diferentes tipos de prestaciones.

1.- Población afiliada-beneficiaria de la Seguridad Social.

Este grupo comprende la mayoría de los españoles, pero incluso dentro de este conjunto aparentemente homogéneo se da una diferencia de gran importancia. Como es sabido, los sistemas de SS distinguen entre titulares y beneficiarios de su cobertura:

- (a) Titulares, son los afiliados directos a la Seguridad Social, dentro de los cuales a su vez hay que distinguir entre activos y pensionistas, diferenciados en el copago de medicamentos, del que están exentos los pensionistas y sus beneficiarios.
- (b) Beneficiarios, son los familiares amparados por el derecho de un afiliado titular. Su derecho a la ASSS deriva del que tiene el titular y, teóricamente, está sujeto a los avatares laborales de la afiliación de aquel a la SS.,

Es obvia la contradicción entre la existencia de ciudadanos “titulares” y “beneficiarios” del aseguramiento sanitario público y el principio de la cobertura sanitaria como un derecho cívico, personal, igual para todos, vinculado a la condición de ciudadanía o residencia. La distinción “titular” - “beneficiario”, es típica de todos los sistemas de Seguridad Social y entra dentro de

la lógica de su acción protectora, sin embargo, no es congruente con la proclamación de la ASSS como una prestación no contributiva y universalizada de la SS -que realiza la Ley 25/1997 de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social-. Tampoco es compatible con esta concepción universalista que el aseguramiento sanitario varíe en función de la situación laboral de las personas. Existe pues una contradicción evidente entre los principios y la proclamación general de un SNS universal y una realidad bien contraria.

Sin embargo, no se trata sólo de principios: esta situación es causa de problemas prácticos, tanto para los “titulares” que legalmente pueden ser “baja en la asistencia sanitaria” de la SS al finalizar su desempleo (tras tres meses en esta situación), como para los “beneficiarios” (cónyuges, hijos) que dependen del derecho de aquellos. Tampoco son infrecuentes problemas para cónyuges separados, existencia de duplicidades de cobertura, (hijos acogidos a dos titulares). Todas estas situaciones dan lugar a una abundante casuística de problemas reales, sólo superados en la práctica por incumplimiento casi sistemático de los controles del derecho de cobertura, y la tolerancia basada en la creencia generalizada en la realidad de la universalización.

Un caso especial: Las empresas Colaboradoras de la Seguridad Social.

Por una Orden Ministerial de 1966⁶² se permitió a las empresas proporcionar ellas mismas asistencia sanitaria a sus trabajadores y beneficiarios compensando estos gastos en deducción del pago de sus cuotas a la SS. Esta situación debiera haber desaparecido en 1997 cuando la ASSS pasó a ser íntegramente financiada por impuestos, pero pervive, aunque no sin problemas y tensiones de todo tipo, ya que ahora se da la paradoja de que son las empresas colaboradoras las que reciben una subvención por esta situación. En el ejercicio presupuestario de 1999,

⁶² La OM de 25/11/1966 estableció el sistema de colaboración cuyo sistema de financiación reformó la OM de 24/4/1980 estando vigente hasta 1998. La Ley 66/1997 (Disp. Trans. 6ª) establece división de las fuentes de financiación del Sistema de la SEGURIDAD SOCIAL, prorrogando la existencia de empresas colaboradoras y dividiendo la compensación en una cuota por IT y un coeficiente por trabajador para la asistencia sanitaria que establecería la Administración Sanitaria.

antes de finalizar las transferencias del INSALUD recibieron 18.000 millones de pesetas y recientemente, para 2004, la Comunidad de Madrid ha destinado a este fin un coeficiente de 550€ por titular y año, lo que supone un total de 30 millones de euros.

Entre las empresas colaboradoras se incluyen algunas de las más sólidas de España como los bancos BSCH, BBVA, Banco Urquijo, Banco de España, eléctricas como EHNER, empresas y entidades públicas como la Autoridad Portuaria de Barcelona, el Hospital de San Pablo, RTVE, la FNMT, y la propia Comunidad Autónoma de Madrid, que siendo responsable de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, tiene un sistema especial para sus funcionarios (j). Al tiempo, otras empresas como TALGO, Gas Natural, FENOSA e Iberdrola han cesado en la colaboración pasando sus trabajadores a ser atendidos en todo por el SNS.

El contenido de esta “colaboración” implica que sus beneficiarios tienen en todo la cobertura de la ASSS pero reciben los servicios sanitarios a través del dispositivo asistencial de su empresa. La atención farmacéutica sigue siendo proporcionada por el SNS, así como las prestaciones complementarias y la rehabilitación.

La situación de las empresas colaboradoras es anacrónica, disfuncional e injusta por cuanto supone una discriminación respecto a la generalidad de la población. Por otro lado, es evidente la dificultad para evitar la selección de riesgos y el que las personas acogidas a este sistema cuando usen los servicios del SNS, transfieran a este los costes que ello ocasiona.

Por otro lado no deja de ser significativo el trato excepcional –a través de un convenio con la SS- para precisamente para la Asociación de la Prensa⁶³, un colectivo tan importante en la formación de la opinión pública. No obstante no son los únicos: existen más colectivos en situación similar, como los trabajadores del Ayuntamiento de Barcelona (PAMEM) que cuentan con su propia red asistencial. De modo que no son pocas, ni poco importantes, las excepciones

existentes en cuanto a la provisión de servicios sanitarios con aseguramiento público de la ASSS.

El que con cobertura y financiación pública, pervivan diferencias entre ciudadanos en los servicios sanitarios, es ante todo un problema de equidad y justicia. Secundariamente, esta situación provoca disfuncionalidades y da lugar a irregularidades y fraudes al SNS, dada la dificultad de discriminar en la práctica diaria quienes tienen o no derecho a los servicios del SNS, puesto que la universalización está asumida como una realidad y que no precisa mayores controles de acceso.

En cualquier caso, es importante insistir en que la eventual integración de estos colectivos en el común del SNS, no representaría para éste una carga financiera adicional, pues estos colectivos aportarían los fondos que ahora usan, lo enriquecería y daría un impulso a la calidad de sus servicios y a sus dotaciones. De hecho, es difícil que un servicio público como la sanidad alcance un cierto nivel de excelencia sin que incorpore entre sus clientes a todos los sectores sociales, incluidos los más influyentes.

No obstante, conviene reflexionar acerca de por qué resulta para estos grupos sociales más atractiva la atención sanitaria excepcional que la común del SNS. Y por qué, ésta se da más en unas CCAA que en otras. Abogar por la superación de estos casos de discriminación sanitaria, lejos de asumir como óptima la situación de los servicios del SNS, pretende forzar los cambios que sin duda éstos precisan.

2.- Colectivos singulares: niños, emigrantes, etc.

Se incluyen aquí grupos tan diversos, como los mutilados excombatientes de la zona republicana, emigrantes retornados, titulares de pensiones causadas por actos de terrorismo, etc. La existencia de colectivos singulares cuyo derecho a la ASSS ha sido reconocido por una normativa específica es consecuencia del interés de distintos gobiernos de la democracia por reparar situaciones injustas y, en general, dar protección sanitaria a colectivos específicos que de otro modo no tendrían acceso a ella (por ejemplo: Mutilados excombatientes de la zona republicana (RD 391/1982). No son grupos de población

63

Ver http://www.apmadrid.es/Asociados/Prestaciones_Sociales/Prestaciones_Sociales.htm

numéricamente grandes, pero sí de gran significación social o histórica en la mayor parte de los casos⁶⁴.

Dentro de este grupo pueden ser incluidos dos grupos específicos: (1) los menores a los que afecta la Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, y (2) los ciudadanos extranjeros en lo que dispone la Ley 4/2000, Orgánica de Extranjería⁶⁵. La cobertura sanitaria de los menores y, especialmente, en algunos supuestos de los ciudadanos extranjeros responde a problemas planteados recientemente como consecuencia de la importancia que la inmigración ilegal está teniendo en nuestro país y de la necesidad de regular las circunstancias en las que tienen acceso a los servicios sanitarios públicos (urgencias, maternidad, menores, etc.). Por su importancia es obligado resaltar que el Art. 12 de la Ley 4/2000, Orgánica de Extranjería, reconoce a los extranjeros empadronados el derecho a acceder al sistema educativo y sanitario en las mismas condiciones que los españoles. Es decir: a través de la Seguridad Social o acreditando falta de recursos (RD 1088/89, ver más abajo). La confusión existente sobre este tema ha llevado recientemente (Nov 2006) a la responsable de Asuntos Sociales del PP a anunciar una iniciativa para desligar empadronamiento de un presunto derecho automático a la cobertura del SNS. Vaya en su descargo que este es un error generalizado cuyas consecuencia practica es que en algunas CCAA todo extranjero empadronado tiene casi automáticamente una TIS del correspondiente Servicio de Salud.

Es importante señalar aquí que, debido a la ausencia de un marco general de regulación de la cobertura y acceso al SNS, adaptado a los cambios que se dan en la sociedad, algunas CCAA⁶⁶ han tenido que elaborar normas propias

para dar respuesta a situaciones de necesidad de la población inmigrante que no podían esperar más tiempo. Algunas de estas normas van mucho más lejos que Ley de Extranjería.

3.- Población sin recursos cubierta por el RD 1088/1989.

Este Real Decreto extendió la ASSS a las personas sin recursos y tiene un importante significado por haber culminado la universalización de hecho de la ASSS, y haber contribuido a que ésta se financie mayoritariamente por impuestos.

El RD 1088/89 ampara la cobertura sanitaria de personas que, careciendo de otro título de derecho a la ASSS, pueden alegar insuficiencia de recursos económicos para acceder a la misma. Con este RD se dio cumplimiento al Art. 80 de la LGS “*El Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma que, de tratarse de personas sin recursos económicos, será en todo caso con cargo a transferencias estatales*”.

En su origen, esta medida, introducida primero en el País Vasco, tenía como objetivo principal integrar en la ASSS a los colectivos de los padrones de la Beneficencia municipal, estimándose que tendría un carácter temporal, en la idea de que pronto habría de aprobarse por ley la cobertura sanitaria universal como derecho cívico, igual para todos. Finalmente no fue así y en la actualidad sigue el RD 1088/1989 siendo la puerta de entrada al SNS para un importante número de personas, previa demostración de insuficiencia de recursos económicos. En 1993 se habían acogido a este Real Decreto en toda España un total de 237.596 personas, pero a partir de esta fecha no se dispone de datos agregados sobre el número de ciudadanos acogidos a esta medida en toda España. No es de esperar que esta cifra haya variado mucho desde entonces, no obstante sorprende que no se disponga de información oficial agregada sobre este importante aspecto de la realidad social española y de cobertura sanitaria. Como es fácilmente imagina-

⁶⁴ Ver una relación de estos colectivos en la Pág. 124 de: Alfaro Latorre M, Barranco Ortega V, Navarro Castillo C. Algunas reflexiones sobre la cobertura de la asistencia sanitaria pública en España. *Revista de Administración Sanitaria*. 2001; (6); 23: 123-143.

⁶⁵ Ver Serrano Arguello N. La protección de asistencia sanitaria de los extranjeros en España. *Revista de Administración Sanitaria*. 2001; (5); 20: 113-139.

⁶⁶ Por ejemplo, la Ley Foral 2/2000, de 25 de mayo, de modificación de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, que extiende la

cobertura de asistencia sanitaria del sistema sanitario público de Navarra a todos los inmigrantes en la Comunidad Foral.

ble, la constatación de insuficiencia de medios está plagada de problemas por ser susceptible de una casuística compleja, para la cual las administraciones sanitarias no siempre están preparadas. Por otro lado, la aplicación del RD 1088/89 no es igual en todo el territorio nacional, con diferencias significativas entre CCAA, por ejemplo en relación con el pago de los medicamentos.

4.- Colectivos no asegurados directamente en la ASSS, con acceso a sus servicios.

En estos casos, el financiador-asegurador es la Mutualidad correspondiente y los Servicios de Salud de las CCAA actúan como proveedores por acuerdos y convenios existentes entre el Instituto Nacional de Seguridad Social y estas Mutualidades, que incluyen la correspondiente compensación económica.

Las Mutualidades de funcionarios de la Administración Central constituyen el grupo más numeroso en esta situación, aunque no lleguen al 15% sus beneficiarios que eligen provisión con el SNS. Dentro de este colectivo están también los afiliados a Mutualidades de Colegios Profesionales, como la de la Abogacía, que tienen igualmente la opción de ser atendidos por el SNS a través de un concierto.

Dentro de este grupo están igualmente aquellos ciudadanos que tienen aseguramiento sanitario público con el Servicio de Salud de su Comunidad Autónoma, de acuerdo con las leyes específicas de aquella. Es el caso de algunas CCAA (Cataluña⁶⁷ y Navarra⁶⁸), que han legislado la posibilidad de un aseguramiento sanitario voluntario, con el mismo contenido que la ASSS, para aquellos ciudadanos que no tienen

derecho por otra vía al mismo, mediante el pago de una prima, cuya cuantía, por ejemplo en Navarra “en ningún caso será superior al gasto sanitario público *per cápita*”. Para 2004 esta prima mensual en Cataluña es de 82,33€. No se disponen de datos sobre las personas acogidas a esta posibilidad, aunque cabe pensar que es un número muy pequeño. Sin embargo, lo que más llama la atención es la misma existencia de un seguro privado para lograr cobertura sanitaria pública, en un país en el que el SNS se financia con impuestos y en el que todos los documentos oficiales, incluidas las leyes, dan por hecho que la sanidad es un derecho universal ya conseguido.

2.2 La Seguridad Social de los funcionarios de la Administración central.

Por razones históricas los funcionarios de la Administración Central del Estado (no así los de las CCAA), cuentan con sus propias Mutuas de Seguridad Social (MUFACE, para funcionarios civiles, MUJEGU para funcionarios judiciales, e ISFAS para funcionarios militares)⁶⁹. Se trata de un régimen de Seguridad Social diferente al Régimen General, con aseguramiento sanitario también distinto en extensión y contenido al de la ASSS: los mutualista pueden elegir entre distintas opciones de provisión privada o la pública; disponen de prestaciones ortoprotésicas, dentales, oculares no incluidas en la ASSS y, difieren también en la financiación de la farmacia. En relación a los medicamentos, la principal diferencia entre la ASSS y las Mutualidades es el régimen de copagos que deben realizar unos y otros. La población cubierta por MUFACE, ISFAS y MUGEJU abonan el 30% del precio de venta al público de los medicamentos, tanto los activos como los pensionistas, mientras que el resto de la población debe abonar un 40% del PVP si el titular del aseguramiento es un activo, siendo gratuito si es pensionista.

⁶⁷ Decreto Foral 640/1996, en el que se establece el procedimiento y las condiciones de acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra. Ver también el Art. 3.º Ley Foral 10/1990 de Salud que establece que la asistencia sanitaria pública dentro de su territorio se extenderá a todos los ciudadanos residentes en cualquiera de los municipios de Navarra (desarrollado por el Decreto Foral 71/1991).

⁶⁸ Decreto 178/91 de la Generalitat de Cataluña. Del impacto de esta medida da una idea la Memoria de 2002 de la Región Sanitaria de Costa Poniente que tramitó 9 peticiones de este tipo en 2002 (12 en 2001), para una población de 1.223.419 habitantes. Como referencias, esta región tramitó 10.847 solicitudes de personas sin recursos económicos (Decreto 55/90) -82% de aumento respecto al año anterior (?)- y 107 menores extranjeros (128 en 2001).

⁶⁹ Estos Regímenes Especiales están contemplados en la Ley General de la SEGURIDAD SOCIAL, Texto Refundido Art. 10 (RDL1/1994, de 20 junio). Se rigen por leyes específicas: Funcionarios Civiles por la Ley 29/1974 de 27 de junio, Seguridad Social de las Fuerzas Armadas por la Ley 28/1975. MUGEJU fue creada por RDL16/1978; más recientemente el RD Legislativo 3/2000 aprobó el texto refundido con todas las disposiciones legales vigentes que afectan a este Régimen Especial de SEGURIDAD SOCIAL.

Mutuas Administrativas y colectivos cubiertos por la Seguridad Social con provisión privada

Funcionarios Civiles MUFACE*	749.181	864.532	1.613.713	1.400.000
Funcionarios Militares – ISFAS*	366.277	437.325	803.602	710.000
Funcionarios Judiciales – MUJEGU **	41.677	34.474	76.151	67.000
TOTAL	1.364.748	1.694.237	3.058.985	2.742.519

TABLA 1: Aseguramiento público con atención sanitaria privada

De todos modos, el hecho diferencial más importante es que estas Mutuas, con la excepción parcial de ISFAS, conciertan los servicios sanitarios de sus beneficiarios tanto con compañías privadas de seguros sanitarios, como con el SNS, a través de un concierto con la SS. Pueden realizar esta elección al comienzo de cada año, sin tener en cuenta preexistencia alguna de enfermedad. Además de esta posibilidad de elección anual, existe la posibilidad de cambios extraordinarios que debe aprobar una Comisión Paritaria, integrada por MUFACE, INSS y Tesorería de la SS (más recientemente también el Ministerio de Sanidad). Estos cambios son generalmente hacia el SNS y motivados por alguna enfermedad grave para la que el SNS suele estar mejor equipado (en 1992 se produjeron 120 cambios de este tipo).

Según datos de la Memoria del Anteproyecto de Presupuestos para 2007⁷⁰, a 31 de marzo de 2006 el 93% de la población cubierta por MUFACE estaban adscritos a una entidad privada y solo el 6% a la ASSS. Este hecho ha sido objeto de múltiples comentarios y debates, en los que lo más destacable es la ausencia de datos sobre las características demográficas y médicas relacionadas con la elección, anual o extraordinaria, por parte de los mutualistas. No obstante es necesario apuntar que no estamos aquí ante una auténtica elección de sistema sanitario público-privado en función de sus respectivas ventajas, si no ante una situación en la que el privilegio de elegir sanidad no significa renunciar a la pública. Esto es así porque (1) el SNS sigue estando accesible para los que optan por

atención privada (urgencias hospitalarias, cambios extraordinarios y ordinarios), (2) existe doble cobertura Mutualidad-SS en los beneficiarios, que la evidencia muestra que no es sólo en casos anecdóticos. La realidad es que, dada la asimetría de recursos entre el sector privado que atiende a la gran mayoría de los mutualistas y el SNS, éste, con las reglas existentes y en ausencia de controles, difícilmente puede evitar el parasitismo y las prácticas de selección de riesgos.

La pervivencia actual de estos regímenes, además de injusta y discriminatoria, es profundamente contradictoria con la existencia por otra parte de un SNS financiado por impuestos y con los principios de igualdad y equidad. Esta situación es además claro incumplimiento del mandato de la LGS que, en su Disposición Final Segunda, mandaba armonizar y refundir la asistencia sanitaria de estos colectivos, en un plazo de 18 meses a partir de la publicación de la Ley (1986):

2.3 Ciudadanos sin derecho a cobertura de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social

Con independencia de que no sepamos con exactitud cuántos son, la normativa sobre cobertura sanitaria pública actual, deja sin cobertura a un cierto número de personas. Entre ellas:

- Los pertenecientes a profesiones colegiadas, que no ejercen como autónomos ni disponen de una Mutualidad sustitutoria de la SS;
- Españoles residentes en un país sin convenio con la SS española cuando se trasladan a España;
- Personas con recursos superiores a los que exige el RD 1088/89, cuyas actividades económicas no les obligan a afiliarse a la SS, pertenecen a la economía informal o no tienen título alguno que les vincule a la SS.

Puesto que no constan en registro alguno, su estimación sólo puede obtenerse a partir de preguntas de la Encuesta Nacional de Salud específicamente orientadas a conocer este dato, o por exclusión, considerando las personas que no son incluibles en ninguno de los dos grupos anteriores, bien por no tener ningún título de derecho laboral-profesional-familiar de cobertura pública o por no poder acreditar pobreza.

⁷⁰ Ministerio Economía y Hacienda. http://www.sgpg.pap.meh.es/Pre-sup/PGE2007Proyecto/PGE-ROM/N_07_P_1_3_1_19_2_3_2.htm (consultado nov. 2006)

Es evidente la contradicción entre esta situación y el tantas veces proclamado derecho de todos los españoles a la cobertura del SNS. En un país que desde 1997 financia toda su sanidad pública por impuestos es injusto y no tiene justificación alguna la mera posibilidad de que puedan existir ciudadanos sin cobertura, por pocos que éstos sean.

2.4 Población cubierta por la Sanidad Penitenciaria

La población reclusa, que en 2004 alcanza una media de 58.354 personas⁷¹, es atendida por la Sanidad Penitenciaria, financiada con cargo a los presupuestos del Ministerio de Interior. Es una red sanitaria diferenciada de la del SNS, cuya integración en éste ha sido repetidamente reclamada⁷² por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria e incluso aprobada en la reciente Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS (Disposición Adicional Sexta). Ésta, en su Disposición Adicional Sexta dice textualmente: “*A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía*”. Lamentablemente esta redacción recuerda otras similares –e incumplidas– de la LGS. El plazo marcado en el texto vencería el 28 de noviembre de 2004 y este texto se escribe en septiembre 2004... Sería deseable que si este plazo no se puede cumplir, existiera una autorización legal para prorrogarlo, porque la peor pedagogía política es incumplimiento de las leyes por los gobiernos.

Reconociendo que la atención sanitaria a los reclusos tiene características propias, existen sólidos argumentos (epidemiológicos y de salud pública, y de racionalidad organizativa y económica) para integrar en la sanidad pública, con

las especificidades que sean precisas, la actual sanidad penitenciaria.

2.5. Aseguramiento sanitario público (obligatorio) para situaciones o riesgos diferentes al de enfermedad común y accidente no laboral

Existen una serie de seguros sanitarios que cubren riesgos diferentes al de enfermedad común, públicos unos y obligatorios otros (que en este sentido cabe calificarlos también de públicos), que se solapan o tienen una gran interacción con el SNS. Aunque no es frecuente tratarlos en el contexto del SNS, es importante comentarlos aquí por las consecuencias que tienen para el mismo. En este grupo se encuentran los seguros obligatorios de enfermedades profesionales y accidentes laborales, ambos públicos y asegurados por el sistema de Seguridad Social a través de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS). El Seguro Escolar entra también en este grupo. Igualmente deben ser tratados en este contexto el seguro de automóviles que cubre tanto la atención médica como la indemnización por lesiones corporales. El solapamiento e interrelación con el sistema sanitario público de todos estos seguros es obvia y por ello serán brevemente analizados en un apartado específico.

Las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Las MATEPSS son asociaciones voluntarias de empresarios, constituidas como entidades colaboradoras en la gestión de la SS, en relación con los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como la prestación económica de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, asumiendo además las obligaciones de las empresas en relación a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. La Memoria de 2001 incluye 29 de estas entidades que carecen de ánimo de lucro, ingresan sus excedentes de la gestión en la Seguridad Social y están tuteladas por el Ministerio de Trabajo. En 2001⁷³ las MATEPSS tenían una cobertura de 13.208.748 per-

⁷¹ Datos de población reclusa en: <http://www.mir.es/instpeni/ssggabinete/adatos.htm#media>. (sep 2004) Referencias legales de Sanidad Penitenciaria: Ley Orgánica 1/1979, General Penitenciaria. (Capítulo III: asistencia sanitaria en los Centros penitenciarios). y RD 190/1996, Reglamento Penitenciario

⁷² Ver en <http://www.sesp.es/sesp/html/somos/propuesta.htm> la documentada propuesta de la Soc. Española de Sanidad Penitenciaria.

⁷³ Ver: DG de Ordenación Económica de la SEGURIDAD SOCIAL. Memoria Económico Financiera y de Gestión. Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Ejercicio 2001 (<http://www.seg-social.es>).

sonas, y los recursos totales adscritos al agregado de Mutuas ascendieron a 1.088.175 y 1.003.342 millones de pesetas, respectivamente; de estos gastos 159.455 millones (un 15.89% del total) correspondieron a gastos sanitarios. En 2003, las Mutuas atendieron ⁷⁴ 1.818.290 accidentes laborales (de los cuales 979.383 con baja laboral, 11.391 graves y 1.034 mortales), y 25.733 casos de enfermedades profesionales. Por otro lado, el coste de los accidentes laborales en 2002 se estima en 10.964 millones de euros, un 1,57% del PIB. Estas cifras dan una idea de la gran complejidad e importancia complejidad de las MATEPSS.

Estas Mutuas interaccionan directamente con el SNS en dos aspectos importantes: bajas medicas por enfermedad común (incapacidad temporal, IT), y de otro, el aseguramiento y atención a los accidentes laborales y enfermedades profesionales. En relación a los riesgos laborales de accidente de trabajo y enfermedad profesional papel de las MATEPSS tiene tres componentes diferenciados: prevención, indemnizaciones económicas y atención médica (incluida rehabilitación). Es esta función la que interacciona directamente con el SNS porque, si bien, las MATEPSS cuentan con un importante dispositivo sanitario propio (tanto ambulatorio como hospitalario), de hecho una gran parte de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales son atendidos en por el SNS, sin que éste pueda recuperar más que una mínima parte de los costes ocasionados. Esto es así en los accidentes de trabajo porque aunque son fácilmente identificables como tales en el ingreso hospitalario urgente, los mecanismos de recuperación de costes no son operativos y, en cualquier caso, las consecuencias crónicas de los mismos difícilmente son atribuidas de por vida al accidente que las causó. En el caso de las enfermedades profesionales que frecuentemente aparecen cuando el trabajador está ya jubilado, la recuperación de costes por el Servicio de Salud de la correspondiente Comunidad Autónoma SNS es todavía más problemática por razones evidentes. Esta consideración y escasa racionalidad

y eficiencia de que la SS cuente con una red sanitaria paralela dedicada a la atención de accidentes laborales y enfermedades profesionales, sugieren claramente la conveniencia y ventajas de integrar en el SNS las responsabilidades de atención sanitaria a estas contingencias, con su correspondiente financiación. Esta redistribución de funciones dentro del sistema de Seguridad Social tendría la ventaja adicional de permitir que una mas intensa dedicación de las Mutuas a la prevención, tan necesaria en un país con la tasa de accidentes más elevada de la UE, a pesar de los importantes recursos con los que cuentan las MATEPSS.

El Seguro de Automóvil: la atención sanitaria a los accidentes de tráfico y el SNS.

Es seguro de automóvil cubre varios riesgos, uno de ellos son los daños corporales derivados de accidentes de tráfico. Su importancia en España es desgraciadamente bien conocida. En un estudio reciente ⁷⁵ se estima le coste total de los accidentes de trafico en España en 1997 en 6,280.36 millones de euros, lo que representa 1.35% del PIB; sus costes directos serían de unos 3,397.00 millones de euros, el 54.1% de su coste total. No es posible en este trabajo analizar las consecuencias sanitarias de los accidentes de tráfico y repercusión de sus costes en el SNS. Sin embargo, tampoco es posible dejar de mencionar que la atención sanitaria a los accidentes de tráfico recae en una proporción superior al 85% sobre el sistema sanitario público sin que éste pueda recuperar ⁷⁶ más que una mínima parte de los gastos directos que ocasiona su atención inmediata, estimándose que los ingresos hospitalarios por esta causa ocupan más del 10% de las camas hospitalarias del SNS.

Está constatada la dificultad para el SNS de recuperar los costes de la atención aguda a los accidentados. Esta dificultad es casi imposibilidad en relación con los gastos ocasionados por la atención sanitaria posterior al episodio agudo, cuando la relación directa entre el accidente su-

⁷⁴ Fuente: Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (AMAT): <http://www.amat.es/estadisticas.html>

⁷⁵ Bastida JL, Aguilar PS, González BD. The economic costs of traffic accidents in Spain. *J Trauma*. 2004 Apr;56(4):883-889.

⁷⁶ Bárbulo T. El INSALUD perdona miles de millones a las aseguradoras privadas de coches. *EL PAÍS*, domingo 2 de julio de 2000, pág. 31

frido y las secuelas del mismo se va diluyendo en el tiempo o cuando ya no es evidente la relación causa entre nuevos los problemas de salud y al accidente. Se trata de un problema económico importante –el estudio citado evaluaba en 1997 el coste médico directo de los accidentes de tráfico en 258,34 millones de euros–, que no debieras ser pasado por alto cuando el SNS precisa encontrar fuentes adicionales de financiación y aumentar su eficiencia. Por ello, parece razonable recabar para el SNS la transferencia al mismo de la parte de las primas del seguro de automóviles que cubre los riesgos corporales de los accidentes de tráfico, ya que de ellos a la postre se hace cargo la sanidad pública. Además, una medida de este tipo daría mayores garantías médicas a la población, simplificaría costes administrativos, clarificaría responsabilidades y haría más transparente la relación los costes y primas del propio seguro de automóviles.

El Seguro Escolar.

Es un régimen especial de la Seguridad Social⁷⁷ creado a principios de los años cincuenta y “protege” a los estudiantes de enseñanzas no obligatorias hasta los 28 años. Es obligatorio para todos los estudiantes quienes pagan su cuota anual al matricularse. Proporciona tanto ayuda económica en ciertos casos como asistencia sanitaria en caso de accidentes y enfermedad común, incluyendo hospitalización, medicamentos, atención psiquiátrica, etc. Los servicios sanitarios son prestados por centros privados concertados con el Seguro Escolar (no a través del sistema sanitario de la Seguridad Social).

Es fácilmente constatable –especialmente por sus bajas coberturas económicas– que el Seguro Escolar, ha estado abandonado a la inercia y no ha sido adaptado a los grandes cambios de la protección social en España, especialmente a la cobertura de hecho universal alcanzada por la

ASSS⁷⁸. No parece en absoluto razonable duplicar la cobertura de la ASSS con un seguro escolar que se superpone a ésta para la casi totalidad de los alumnos, ni que sus servicios sanitarios no sean prestados por el SNS. Por ello, lo razonable sería que, si se mantiene el Seguro Escolar con algún componente sanitario (por ejemplo para estudiantes extranjeros), su financiación fuera destinada en su totalidad a los Servicios de Salud de las CCAA y que sean éstos los proveedores de su atención sanitaria.

3. LOS DATOS DEL ASEGURAMIENTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA.

No siendo la cobertura sanitaria pública universal es preciso recurrir a registros u otros sistemas de información para conocer quienes tienen derecho o no a ella. La Seguridad Social no dispone de bases de datos actualizadas de sus beneficiarios, aunque sí –y excelentes– sobre sus titulares. Tampoco existe en el Ministerio de Sanidad ni en el Consejo Interterritorial del SNS una base de datos nacional sobre la población con derecho a la ASSS, de modo que el estudio de la situación de la cobertura sanitaria agregada para el conjunto de España debe realizarse a base de encuestas poblacionales.

TABLA 2. ASEGURAMIENTO SANITARIO EN ESPAÑA, 2001

	Porcentaje	Población
Seguridad Social	95,30	38.928.865
Mut.Func.(Seguridad Social)	1,57	640.804
Mut.Func.(Seguro Priv)	1,75	713.090
Total cobertura Seguridad Social	98,62	40.282.760
Seg Priv Indiv	1,01	414.178
Seg Priv Empresa	0,23	95.730
No seguro, beneficencia	0,06	23.444
No seguro, medicos priv	0,03	13.676
No seg. iguala medica	0,04	17.583
N.C.	0,50	204.237
Pob española 2001(INE)		40.847.371

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2001 (Ministerio de Sanidad) Elaboración propia.

Actualmente todas las CCAA tienen bases de datos de su población con Tarjeta Individual Sanitaria (TIS). Sin embargo es sabido que no todos los ciudadanos con derecho a la ASS-SNS poseen una TIS, ya que aun siendo obligatoria

⁷⁷

Normativa sobre Seguro Escolar: Ley de 17 de julio de 1953 por la que se establece el seguro escolar obligatorio (B. O. E. 18/07/1953); Orden de 20 de agosto de 1954, por la que se establecen las normas para la implantación del Seguro Escolar (BOE 31/8/1954); RD 270/1990, de 16 de Febrero, por el que se incluye dentro del régimen del Seguro Escolar a los alumnos que cursen el tercer ciclo de estudios universitarios conducentes al título de doctor (BOE 2/03/1990); RD. 1633/1985, de 28 de agosto, por el que se fija la cuantía del mismo.

⁷⁸

Ver los comentarios sobre Seguro Escolar en: José Luis Tortuero y José Antonio Panizo. Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 12/2003.

en algunas CCAA hasta comienzos de 2004 no existía una norma que diera validez nacional a este documento, al igual que la tiene la cartilla de la Seguridad Social. El Barómetro Sanitario 2004 –al igual que los anteriores- muestra como en algunas CCAA son mucho los ciudadanos que no usan la TIS al acudir al sistema sanitario.

Lamentablemente las bases de datos de la TIS de las distintas CCAA no responden a criterios comunes para gestionarlas, depurarlas y actualizarlas. En ausencia de datos procedentes de registros, es preciso utilizar las encuestas poblacionales para conocer la situación del aseguramiento sanitario y la cobertura del SNS. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) y los Barómetro Sanitario, ambas realizadas periódicamente por el Ministerio de Sanidad en colaboración con el CIS, incluyen preguntas sobre el aseguramiento sanitario, tanto público y como privado. A partir de ellas y otros datos es posible obtener una aproximación a la realidad cuantitativa de la cobertura sanitaria pública en España. Las últimas disponibles son la ENS de 2003 y el Barómetro Sanitario de 2004, que como era de esperar no presentan grandes diferencias con los datos de la ENS 2001.

Las Tablas 2 y 4 muestran las grandes magnitudes del aseguramiento sanitario en España, de los cuales el más importante es que más del 95% de los españoles tiene cobertura de la ASSS, lo que junto con el 3.5% (4.28% en la ENS2003) de la población cubierta por los regímenes especiales de la SS de los funcionarios de la Administración central, sube al 98.62% la población con cobertura sanitaria pública.

TABLA 4. MODALIDAD DE COBERTURA SANITARIA (EXCLUSIVA)	
TOTAL	100
PUBLICA EXCLUSIVAMENTE TOTAL	88,32
SEGURIDAD SOCIAL CON ASISTENCIA PRESTADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	83,32
MUTUALIDAD PUBLICA CON ASISTENCIA PRESTADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	1,24
MUTUALIDAD PÚBLICA CON ASISTENCIA PRESTADA POR CONTRATO CON SOCIEDADES PRIVADAS	3,04
MUTUALIDAD DE AFILIACION COLECTIVA DE CARÁCTER OBLIGATORIO	0,45
SIN REGIMEN DE COTIZACION ALGUNA PERO CON ASISTENCIA PRESTADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	0,27
PRIVADA EXCLUSIVAMENTE	0,47
MIXTA	11,2

Encuesta Nacional de Salud 2003. MSC

La Tabla 3 muestra la distribución de la doble cobertura del Régimen General de la SS y otro seguro, para el conjunto de España y por

CCAA. A nivel nacional el 11.2% de la población tienen una doble cobertura, existiendo grandes variaciones entre CCAA (un máximo en Baleares del 27.9% y un mínimo de 1.05% en Navarra). Los porcentajes más altos –superiores al 20% se dan, además de Baleares, en Madrid y Cataluña, que duplican a las CCAA que les siguen. Llama la atención las cifras de doble cobertura de las Mutualidades de funcionarios, tanto los que eligen servicios sanitarios con la SS como los que prefieren seguros privados. Es un hecho que las Mutualidades de funcionarios no destacan por su transparencia informativa (sus Memorias no están disponible en Internet y no ofrecen datos de afiliados beneficiarios en sus paginas Web), ni por su colaboración con el SNS para evitar duplicidades y clarificar responsabilidades en los gastos sanitarios. Es conocido que un informe del Tribunal de Cuentas desveló existencia de un fraude de 60 millones de euros en MUFACE por pago de prestaciones sanitarias indebidas a 100.000 mutualistas que figuraban como beneficiarios, siendo así que tenían otra tarjeta en el SNS o incluso habían fallecido.

TABLA 3. Doble cobertura: distribución porcentual por Comunidad Autónoma

	Total con doble cobertura	Mutualidades con SS	Mutualidades privado	Seguro médico privado, concertado individualmente	Seguro médico concertado por su empresa
Andalucía	4,98	0,81	0,54	2,11	1,51
Aragón	6,41	0,47	0,31	4,38	1,25
Asturias	5,97	0,51	0,51	2,39	2,56
Baleares	27,91	0,52	1,29	23,26	2,84
Canarias	5,68	0,36	0,60	3,38	1,33
Cantabria	11,76	1,04	1,04	7,96	1,73
Castilla-la Mancha	5,11	0,55	0,78	2,44	1,33
Castilla-León	4,76	0,29	0,95	2,42	1,10
Cataluña	22,03	1,26	2,21	14,83	3,74
Com.Valenciana	8,71	0,86	0,52	4,14	3,19
Extremadura	2,30	0,53	0,18	1,24	0,35
Galicia	3,25	0,27	0,34	1,89	0,74
Madrid	20,77	0,41	1,00	14,49	4,87
Murcia	4,42	1,06	0,71	2,47	0,18
Navarra	1,05			1,05	0,00
País Vasco	9,46	0,45	1,61	3,48	3,93
Rioja	1,41	0,70	0,00	0,70	0,00
Total España	10,61	0,68	0,94	6,55	2,44

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2001. (Ministerio de Sanidad).

4. IMPACTO DE LA SITUACIÓN DEL ASEGURAMIENTO SANITARIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EN LA POLÍTICA SANITARIA.

En perspectiva internacional comparada el SNS español se sitúa desde finales de los 80, entre los sistemas sanitarios tipo *Servicio Nacional de Salud* o *modelo Beveridge/Bevan*, financiados por impuestos. Históricamente, el SNS español, que podría ser descrito como “*sistema tipo Servicio Nacional de Salud de Se-*

guridad Social”, es el resultado de la evolución universalista de un modelo de sistema de Seguridad Social tardío (la Seguridad Social alemana data de 1881) y de provisión integrada (servicios sanitarios propios, no contratados externamente). Esta última característica unida a la expansión y unificación de los regímenes de cobertura facilitó la evolución de la ASSS hacia el modelo Servicio Nacional de Salud, cuyos referentes más modélicos en Europa son los países nórdicos y el RU.

El elemento clave que diferencia los sistemas tipo Servicio Nacional de Salud de los modelos clásicos de Seguridad Social, es que en éstos la cobertura sanitaria va ligada a la existencia de aseguramiento y al tipo del mismo, que depende de la situación laboral y de otras circunstancias del titular de la cobertura. Sin embargo, los sistemas universalistas financiados por impuestos, la cobertura sanitaria en un derecho cívico, igual para todos los ciudadanos. España es en este contexto una excepción pues, a pesar de que desde 1990 financia mayoritariamente su SNS por impuestos (desde 1997 en su totalidad), existen ciudadanos sin derecho y la cobertura sanitaria pública es desigual para algunos colectivos, como funcionarios y otros.

Por todo ello no puede subestimarse la importancia de actualizar y clarificar la naturaleza de la cobertura sanitaria en España, dadas las grandes implicaciones de todo tipo que tiene. En primer lugar para clarificar el derecho de los ciudadanos a la cobertura sanitaria, y hacer que ésta sea equitativa e igual para todos. En segundo lugar, porque es también necesario aclarar dónde, y con qué responsabilidades, se ubica la competencia sobre el aseguramiento sanitario del SNS. Este es un tema de gran calado pues, como prestación no contributiva de la Seguridad Social (así la define la Ley 24/1997) es competencia exclusiva del Estado (Art.149-1 de la Constitución), pero, al mismo tiempo, al no estar ya financiada totalmente con cargo a los de las CCAA vía financiación común indiferenciada, se hace preciso actualizar el contenido de esta competencia y explicitar el papel de las CCAA, de la Seguridad Social y del propio Ministerio de Sanidad en la misma.

Aseguramiento y problemas de identidad y diseño en el Sistema Nacional de Salud.

No sin una cierta ambigüedad, se puede decir que el SNS no es otra cosa que la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) extendida a la (casi) totalidad de los españoles y gestionada por los Servicios de Salud de las CCAA. De este modo y en muchos aspectos, la ASSS se confunde con el SNS. El SNS nace conceptualmente, en la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, como una mera definición, no es en modo alguno la creación de una nueva institución, ni la transformación de otra ya existente en una nueva.

El Art. 44.2 de la LGS dice textualmente:

“El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”.

A partir de esta definición, el concepto “Sistema Nacional de Salud” ha ido incorporándose al vocabulario político-profesional (no así al lenguaje popular, donde la Seguridad Social sigue siendo el referente)), tomando cuerpo, social y políticamente, impulsado por dos factores: (1) la ampliación de la cobertura poblacional de la ASSS realizada por los primeros gobiernos socialistas, pero sobre todo, (2) la transferencia de la gestión de la ASSS (INSALUD) a los Servicios de Salud las CCAA, en un proceso que ha durado 21 años (de 1981 a 2002), y que ha modificado radicalmente el panorama del SNS..

La creación (conceptual) del SNS tiene cumple 20 años en 2006. Cuando nació, en 1986, el Ministerio de Sanidad gestionaba a través del INSALUD prácticamente toda la ASSS (Cataluña y Andalucía tenían ya las transferencias desde 1981 y 1984 respectivamente). Desde 1986 a 2002 el Ministerio de Sanidad-INSALUD ha sido de facto el rostro público y político del SNS. Sin embargo, a partir de 2002 la realidad del SNS es bien distinta a la de 1986, y ninguna ley lo ha adaptado a los importantísimos cambios habidos desde entonces. Entre otras cosas, la Seguridad Social ha ido diluyendo su papel en sistema sanitario, a pesar de que

sigue siendo la base legal y real de la sanidad pública española, mantiene en su patrimonio los centros e instalaciones del INSALUD transferido a las CCAA, sigue siendo el interlocutor de la cobertura sanitaria de los españoles en la UE y de los países de la UE en España, pero no está claro su papel en el aseguramiento sanitario del SNS, no existe un órgano de coordinación con Sanidad y ni participa en el Consejo Interterritorial del SNS.

La culminación de las transferencias del INSALUD-ASSS a las CCAA ha dado al SNS una entidad bien distinta a la que éste tenía en 1986, e incluso en 2001. Y sin embargo, el SNS sigue siendo el concepto-definición de la LGS de 1986, es decir: no es tiene entidad real como institución y los grandes cambios sanitarios de los últimos años no han ido acompañados del correspondiente desarrollo de una entidad institucional para SNS, dotada de instrumentos operativos para la coordinación y gestión de aquellos servicios que son comunes a todos los Servicios de Salud de las CCAA. Incluso política y socialmente, es conveniente la existencia de una entidad real que sea la referencia del SNS y que reemplace, o mejor complemente, el papel histórico en este campo de la Seguridad Social.

Para el SNS deje de ser una realidad fundamentalmente conceptual y virtual es importante el papel del Consejo Interterritorial (CI) del SNS, o de un órgano similar bien diseñado y dotado de instrumentos para el buen funcionamiento. Actualmente, a pesar de su precariedad, el CI único órgano oficial que da corporeidad al SNS, aunque con un papel muy secundario en la visualización política y social del SNS. En parte por su diseño totalmente inadecuado a su función teórica, pero también por condicionantes políticos partidarios. Contrariamente a su homólogo sueco – *Socialstyrelsen*⁷⁹ o Consejo Nacional de Salud y Bienestar-, el CI no fue dotado de una organización propia, permanente y diferenciada del propio Ministerio de Sanidad que le diera entidad visible, personalidad jurídica y corporeidad. De este modo, una vez completada las transferencias a todas las CCAA, desapareci-

do el papel central del Ministerio en la gestión directa de la sanidad pública, el CI ha derivado en escenario de confrontación partidaria entre gobierno y oposición, precisamente cuando más falta hacía que cumpliera sus funciones teóricas. Para el futuro, en el replanteamiento de esta cuestión, será bueno tener en cuenta que en el actual Estado de las Autonomías una entidad propia con las funciones que debiera tener la que visualizara al SNS y cumpliera funciones de coordinación y prestación de servicios a los Servicios Autonómicos de Salud, difícilmente podría ser posible ni operativa sin tener un cierto carácter de *cooperativa de los propios Servicios de Salud* de las CCAA, y contar el liderazgo del Ministerio de Sanidad y la presencia de una Seguridad Social que sigue siendo el interlocutor sanitario de los ciudadanos ante los sistemas sanitarios de todos los países de la UE.

La LGS creó el SNS teniendo como referente al Servicio Nacional de Salud británico, incluyo en su texto la universalidad e igualdad de la cobertura sanitaria para todos los ciudadanos, pero como un objetivo a lograr, no como un mandato legal con plazos. La LGS optó por un modelo que se fijaba como meta el ideal universalista de los Servicios Nacionales de Salud, abriendo todas las puertas para lograrlo, pero sin alterar la situación de partida. Desde entonces, ha sido posible avanzar en la universalización de la sanidad, dentro de un modelo formalmente profesionalista, con las importantes contradicciones, y con consecuencias negativas para la calidad, equidad y el buen funcionamiento del SNS. Fue una ocasión única y perdida para convertirse en el momento de verdad fundacional del SNS, inaugurador de un antes y un después en la sanidad española. En este sentido fue una ocasión perdida⁸⁰ de re-fundar, con equidad y solidaridad, la sanidad pública de la democracia en los valores de un servicio público moderno, eficiente y de calidad, tanto por las ambiciones recortadas con las que nació la propia Ley, como sobre todo, por el aparcamiento de su desarrollo al poco tiempo de su aprobación.

⁷⁹ Ver: www.socialstyrelsen.se/, especialmente su organización y Consejo de Administración.

⁸⁰ La reciente Ley de Cohesión y Calidad del SNS (ley 16/2003) ha sido otra ocasión perdida de abordar las contradicciones existentes en aseguramiento sanitario y adecuar las instituciones a las nuevas realidades.

Llama la atención que los primeros gobiernos socialistas, no llegaron⁸¹ a culminar esta tarea con la proclamación por ley del derecho cívico a la sanidad pública, igual para todos los españoles, después de haber dado a la ASSS la orientación estratégica de un Servicio Nacional de Salud y logrado la universalización *de facto* en 1990 incluyendo en la ASSS a casi siete millones de personas más en el periodo 1982-1991. Una capitalización ambiciosa de la universalización hubiera contribuido a facilitar las reformas estructurales y organizativas que el sistema sanitario tanto precisaba (y sigue precisando)⁸². Aunque ahora las circunstancias sean diferentes y probablemente no tan favorables, todo hace pensar que, una política social ambiciosa que ligara la una Ley tan importante como la de Dependencia a la proclamación efectiva del derecho cívico a la cobertura sanitaria pública podría tener efectos muy positivos y sinérgicos en impulsar la calidad y la eficiencia en SNS.

En este sentido, es sorprendente la ausencia de debate político sobre problemas tan importantes y con tantas implicaciones. Por ello es inevitable relacionar muchos de los problemas actuales del SNS con la prioridad relativamente baja de la sanidad en la agenda política española y con la ausencia de debates reales sobre ella, tanto a nivel nacional como en las CCAA, donde la sanidad es la partida más importante del presupuesto. Las reformas que son precisas en el SNS, tanto en relación con la cobertura, como en otros ámbitos, requieren cambios legales de cierto calado. Para ello una condición necesaria es que la sanidad tenga mucha más prioridad en la agenda política.

Aseguramiento y calidad de los servicios sanitarios públicos: un sistema sanitario público la equidad es también una condición de calidad.

Dejando a un lado los problemas de equidad y justicia, el argumento de más peso para cues-

tionar de la existencia en España de subsistemas especiales de cobertura sanitaria para funcionarios de la Administración Central, colegios profesionales, empresas colaboradoras, colectivos con convenios especiales, exenciones fiscales a seguros privados, etc., es su impacto negativo en la calidad de los servicios del SNS. Un argumento central de este texto es que si el SNS no presta servicio a los ciudadanos con más nivel educativo y económico se empobrece irremediablemente, al perder el estímulo permanente de mejora que representan los ciudadanos más informados y exigentes y no poder contar con su influencia social y política para mejorar los servicios públicos. En un sistema sanitario público la equidad es también una condición de calidad. Desde una perspectiva de igualdad y equidad de poco sirve universalizar la cobertura de un servicio público si éste sólo atiende a aquellos que no tienen otra alternativa.

Es evidente que los colectivos excluidos del SNS (funcionarios, empresas colaboradoras, etc.) no son muestra representativa de la sociedad española, sino sectores relativamente diferenciados y, en general privilegiados, con un nivel medio más alto tanto de estudios como de renta (jueces, maestros y profesores de instituto y universidad, investigadores, cuadros de la Administración central, oficiales de las FFAA, profesiones colegiadas, periodistas, empleados de banca, seguros, etc.). Todo ello lleva a la conclusión de que es una pérdida para el SNS el que estos sectores sociales estén excluidos del mismo.

La exclusión de estos grupos 'descrema' al conjunto del SNS de los "clientes" potencialmente más exigentes e informados y por ello demandantes de mayor calidad en los servicios. Además son sectores con gran capacidad de influencia, entre los que se encuentran muchos de los líderes de opinión, con lo que ello implica de potencial para inducir cambios y reformas desde su condición de usuarios influyentes. El SNS sólo tendrá los mejores niveles posibles de calidad si es efectivamente utilizado por todos los sectores sociales, especialmente por aquellos con mayor capacidad para exigirla. La consecuencia más inmediata de la baja calidad (listas de espera, trato no personal, etc.), pero también

⁸¹ En su lugar en 1990 se encargó el Informe Abril cuyas propuestas principales llevaban toda la carga negativa las medidas del propugnadas por M Thatcher para el NHS, sin el contrapeso de enfatizar los valores de universalidad, gratuidad y equidad que M Thatcher misma defendía para el RU en su informe *Working for Patients*

⁸² Freire Campo JM, Infante Campos A. Universalización y Aseguramiento. *Med Clín (Barc.)*. 1995;105:96-98.

su causa, es que los grupos sociales influyentes (funcionarios y otro sectores laborales generalmente privilegiados), que a los que permite legalmente pueden elegir, se decantan abrumadoramente por sistemas asistenciales privados (más del 94% de funcionarios de MUFACE y MUGEJU), minando con ello la equidad, la calidad y legitimidad del SNS.

La universalización es solo un logro social y político si los servicios son efectivamente utilizados por todos las clases sociales, especialmente las clases medias. De este modo, equidad y calidad van indisolublemente unidas en un sistema público nacional de salud con vocación universal.

Financiación y Aseguramiento en el SNS

Las desigualdades en aseguramiento-cobertura están íntimamente relacionadas con financiación sanitaria diferenciada para los grupos que mantienen privilegios (funcionarios, empresas colaboradoras y otros) respecto a la mayoría de los ciudadanos. En un sistema sanitario, cobertura poblacional y financiación están íntimamente conectadas, y equidad en el aseguramiento implica equidad en su financiación y viceversa.

Aunque la financiación por impuestos del SNS es un gran logro del SNS, no debiera excluir totalmente aportaciones financieras de fondos de la SS. Existen argumentos sólidos para ello, tanto de orden económico y eficiencia, como de coherencia con la consideración de la asistencia sanitaria como prestación universalizada de la SS. De un lado, porque el SNS sigue prestando a la Seguridad Social importantes servicios administrativos y médicos (las bajas laborales por enfermedad); solamente este servicio justificaría la continuidad de una cierta participación de la SS en la financiación del SNS, como de hecho sucede en la actualidad. En segundo lugar, el SNS atiende médicamente una gran proporción de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, sin que la sanidad pública pueda –y no es un problema meramente administrativo- resarcirse de los costes que ello supone. ¿No sería más racional y eficiente unificar las redes asistenciales de las MATEPSS en los servicios de salud de las CCAA y transferir

al SNS la parte correspondiente de las cuotas de las Mutuas que cubren específicamente la atención médica de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales? Por último aunque no en ultimo lugar, mantener una cierta vinculación financiera SS-SNS es importante por las implicaciones que ello tiene sobre la naturaleza del aseguramiento sanitario público en España y la competencia sobre el mismo, pues cabe preguntarse hasta cuándo y con qué significado podrá seguir vinculado el aseguramiento sanitario público del SNS a la SS si ésta se mantiene casi totalmente ausente de su financiación.

La diferencia existente entre pensionistas y activos en el pago de los medicamentos es otro tema que vincula financiación sanitaria y aseguramiento. La exención del copago del 40% en los medicamentos de los pensionistas, puede ser considerada una prestación económica de la SS (pensión en especie) por su origen y por basarse en una distinción activo-pensionista; no es una prestación sanitaria, ya éstas deben estar basadas en criterios de necesidad-utilidad médica. También aquí la indefinición en la que se mueve la naturaleza de aseguramiento en España y las competencias sobre el mismo presentan paradojas poco razonables como es el que una SS que ahora casi no contribuye económicamente a la financiación del SNS pueda sin embargo imponer obligaciones económicas a los Servicios Sanitarios mediante el reconocimiento de situaciones de invalidez que llevan aparejada gratuidad en los medicamentos. En cualquier caso, dado que el criterio de exención del copago de medicamentos sea la condición de pensionista, parece razonable explicitar su carácter de prestación en especie de la SS, con las consecuencias que de ello se derivarían, tanto para su racionalización como para la una justificada participación de la SS en la financiación de la misma.

A pesar de ser una mala idea⁸³ (los copagos en sanidad son fiscalmente injustos si su fin es recaudatorio y son inútiles y discriminatorios

⁸³ Freire Campo, JM. *Política Basada en la Evidencia y Copago*. En: Berra de Unamuno A, Artells Herrero JJ, Ruiz Ferrán J (Eds). *Control del Gasto Sanitario: Participación de Usuarios y Profesionales*. Fundación SB-Fundación Sanitas, Madrid 1998

para los más pobres como disuasorios del gasto o “*ticket moderador*”), la introducción de copagos en el SNS surge periódicamente en los debates políticos y sociales. Se ha comentado la posibilidad de que cada Comunidad Autónoma pueda implantar su propio sistema de copago y ello es preocupante para la equidad en el aseguramiento sanitario del conjunto del SNS porque una situación así atentaría gravemente a la igualdad de todos los españoles ante el sistema sanitario y sería difícilmente compatible con los derechos derivados de la cobertura de la ASSS, iguales para todos.

Por último, un sistema sanitario de aseguramiento universal e igual para todos es incompatible con la persistente de una financiación sanitaria pública atípica: las subvenciones fiscales al gasto sanitario privado. Las ventajas fiscales que la legislación actual del IRPF⁸⁴ concede a los seguros sanitarios privados contratados por las empresas, además de injustas y fiscalmente regresivas, tienen igualmente efectos negativos en la calidad del sistema sanitario público, al incentivar la utilización de servicios sanitarios privados por parte de población con más exigencia de calidad y buena atención.

Aseguramiento sanitario y Estado de las Autonomías.

El futuro del SNS está muy condicionado por la institucionalización política del Estado (reforma del Senado, equiparación competencial, financiación autonómica, política fiscal, dinámica de cooperación/competencia institucional, etc.). La sanidad es quizá el sector más afectado por el desarrollo autonómico y a su vez uno de los que más ha contribuido al mismo, llenando de contenido a las CCAA. El desarrollo del Estado Autonómico tiene pues un gran impacto en la sanidad y en el conjunto del Estado de Bienestar; sin embargo, la dinámica política no termina de situar en primer plano el protagonismo que las CCAA tienen en todas las políticas concretas que afectan a la igualdad de los españoles ante la sanidad y otros servicios del Estado de Bienestar.

Con la aprobación de la Constitución la salud pública pasó a ser competencia propia de todas las CCAA (CE Art. 148.1.21), y los servicios sanitarios de la ASSS están transferidos a las diez últimas CCAA desde el 1 de enero de 2002. Por ello, la garantía de equidad, en el acceso a los servicios, de portabilidad por todo el territorio de derechos y prestaciones precisa mecanismos de coordinación que, en el contexto del Estado Autonómico, necesariamente ha de tener un importante *componente cooperativo* importante, en un marco jurídico, político e institucional que refleje el hecho de que las CCAA son las responsables de la sanidad del país.

El SNS tiene en el Estado de las Autonomías y en relación con el aseguramiento sanitario, tres retos importantes: (1) Garantizar a todos los ciudadanos el reconocimiento de igual derecho a la ASSS en todo el territorio, (2) Clarificar las responsabilidades que en de aseguramiento corresponden a la Seguridad Social, al Ministerio de Sanidad y a las CCAA, y (3) Articular las bases de datos y los sistemas de información y registro que hagan compatible el sistema de financiación autonómico con la libertad de circulación de los ciudadanos por todo el territorio, debidamente protegidos por su SNS.

Los tres retos están muy relacionados entre sí. No cabe duda que un escenario de universalización efectiva y *de iure* del aseguramiento sanitario facilitaría la garantía del reconocimiento de todos los ciudadanos al SNS. No obstante, si la universalización por la que abogamos en este texto no se lleva a cabo, sería necesario clarificar con carácter general para todo el SNS dónde reside la autoridad y competencia en materia de aseguramiento de la ASSS, así unificar criterios sobre numerosos aspectos de la cobertura sanitaria pública.

Además, dado el sistema de financiación de sanidad, ligado a los presupuestos de las CCAA, es imprescindible un sistema de identificación de los ciudadanos de cada Comunidad y su correspondiente base de datos para imputar adecuadamente los costes de atención médica fuera de la Comunidad Autónoma de residencia. De este modo, un sistema información poblacional del conjunto del SNS, compartido por todos los Servicios de Salud de las CCAA y el Ministerio

⁸⁴ Freire JM. La nueva fiscalidad de los seguros sanitarios privados y el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 1999 May-Jun;13(3):233-6.

de Sanidad, es imprescindible para el buen funcionamiento del conjunto del SNS. De ahí que su ausencia sea una de las manifestaciones más graves de la ausencia de liderazgo y autoridad de referencia en el SNS sistema mínimo de información sanitaria sobre el conjunto del SNS.

El sistema de información poblacional está parcialmente en marcha en todas las CCAA con las bases de datos de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), que es el instrumento clave identificar sanitariamente a los ciudadanos, simboliza y acredita el derecho del portador a la ASSS del SNS, en todas las CCAA. Es significativo del abandono y baja prioridad de la sanidad en la agenda política que el RD 183/2004 (BOE hasta el 12 de febrero de 2004), que regula la TIS para todo el SNS, haya sido publicado dieciséis años después de la puesta en marcha por primera vez de las TIS (en el P.Vasco), más de diez años después de su uso generalizado en todas las CCAA y dos años después de haber completado las transferencias del INSALUD⁸⁵. Lamentablemente, en la medida en la que esta norma no ha sido acordada con todos los responsables de su implementación, es más que dudosa su implementación por igual en todo el SNS. No obstante, la necesidad de establecer sistemas de compensación por la atención a pacientes de otras CCAA es un poderoso incentivo para facilitar la armonización y la intercomunicación de bases de datos poblacionales en el SNS. La territorialización del SNS en las CCAA y el sistema de financiación autonómico convierten a las CCAA las “aseguradoras” sanitarias de sus ciudadanos, debiendo ser compensadas por el flujo intercomunitario de pacientes.

La reciente aprobación del RD que regula el Fondo de cohesión⁸⁶ puede ser un impulso importante para la puesta en marcha un sistema compartido de información sanitaria que permita la evaluación de la calidad de la atención, equidad de acceso, utilización y resultados de los

servicios sanitarios del conjunto del SNS. De hecho este Real Decreto crea un “Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria (SIFCO), destinado a recoger los flujos de pacientes entre comunidades autónomas, [que] deberá encontrarse operativo en un plazo de seis meses desde la entrada en vigor de este real decreto”.

5. REFLEXIONES FINALES Y PROPUESTAS.

La raíz de todos los problemas relacionados con el aseguramiento sanitario y su cobertura poblacional es que el derecho a la atención sanitaria del SNS todavía no es un derecho cívico, igual para todos los españoles, y ligado únicamente a la condición de ciudadanía o residencia.

La situación actual de la cobertura sanitaria del SNS es injusta, y contraria al principio de equidad y a la solidaridad: porque no es igual para todos con igual título de derecho, porque excluye a algunos ciudadanos, y porque permite privilegios no justificados para ciertos colectivos que, precisamente, pueden ser considerados privilegiados en relación al conjunto de la población.

Además, la situación actual del aseguramiento es tremendamente disfuncional para el sistema sanitario público por las ambigüedades y costes de todo tipo a los que da lugar; tanto el cumplimiento como el incumplimiento –más frecuente– de las actuales normas sobre la cobertura ocasiona costes administrativos innecesarios y posibilita fraudes de todo tipo al SNS.

La propuesta que se derivan de todo lo anterior es clara: se debiera, cuanto antes, proclamar por Ley el derecho a la cobertura sanitaria pública de toda la población por igual, con igual título, e igual contenido en todo el territorio español. Se trataría de un derecho cívico, personal, ligado a la condición de ciudadanía y residencia, exigencia de justicia social y de coherencia entre política fiscal y social.

Existen dos posibles vías para la implementación de este derecho, (1) una –quizás la más obvia– sería establecer por ley y con todas sus consecuencias prácticas y operativas, que la

⁸⁵ Esta norma coincide en el tiempo (junio 2005) con la puesta en marcha de la Tarjeta Sanitaria Europea en sustitución de los antiguos formularios E-111 y E-111B, que en España expide la Seguridad Social.

⁸⁶ REAL DECRETO 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria que sustituye al REAL DECRETO 1247/2002.

cobertura de la asistencia sanitaria es una prestación universalizada y no contributiva de la Seguridad Social. Una segunda alternativa sería desvincular totalmente el aseguramiento-cobertura del SNS de la Seguridad Social, tal como sucede en otros países que financian su sanidad por impuestos y tienen cobertura universal (Reino Unido, Canadá, Países Nórdicos).

La importancia real y simbólica de la universalización debiera servir de oportunidad para abordar reformas estructurales en el propio SNS hasta ahora pospuestas. Estas reformas debieran dotar al SNS de una entidad propia reconocible por los ciudadanos, diseñando sus órganos de gobierno de modo que faciliten la cooperación, la colaboración entre los Servicios de Salud de las CCAA, para ofrecer servicios y, sobre todo, gestionar un sistema común de información.

Esta medida –a pesar de lo muy internalizada y asumida que está en la sociedad–, podría ser percibida, sobre todo si se la vincula con la Ley de Dependencia, como un gran avance social de la sociedad española y una nueva frontera en el bienestar colectivo. Avanzar por este camino requiere voluntad política, una vez que ya existe un amplio consenso social en torno a los valores de la sanidad pública.