

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VERSUS SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Joaquín Tornos Más
Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de Barcelona
Abogado. LANDWELL

INDICE:

I.- EL ORIGEN DE LA CUESTIÓN. LA EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA EN ESPAÑA Y EL MODELO CONSTITUCIONAL DE ASIGNACIÓN DE COMPETENCIAS.

1. Antecedentes. Marco general de referencia. Exposición sintética.
2. El modelo de distribución competencial.

II.- EL MODELO CONSTITUCIONAL COMO UN MODELO ABIERTO. LA DECISIÓN DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD A FAVOR DE UN SISTEMA INTEGRADO Y UNIVERSAL.

III.- LA SITUACIÓN ACTUAL. NUEVOS ELEMENTOS QUE IMPONEN QUE SE SEPARA DE FORMA NÍTIDA LA MATERIA SANIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

IV.- EL NUEVO MODELO. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL TRASPASO DE LA ASISTENCIA SANITARIA A TODAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

1. Legislación en materia de Seguridad Social.
2. La desaparición del INSALUD. Consecuencias.
 - a. El patrimonio.
 - b. El personal.
 - c. Participación.
 - d. El proceso legislativo autonómico.

V.- DESCENTRALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y EQUIDAD EN EL ACCESO Y PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

1. La legislación básica.
2. La alta inspección.
3. La coordinación. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La Organización Nacional de Trasplantes. La Red de Vigilancia Epidemiológica. La Agencia de Seguridad Alimentaria.
4. La colaboración.

VI.- CONCLUSIONES.

I.- EL ORIGEN DE LA CUESTIÓN. LA EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA EN ESPAÑA Y EL MODELO CONSTITUCIONAL DE ASIGNACIÓN DE COMPETENCIAS.

La culminación del proceso de transferencias de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas, proceso que parece inminente, abre una serie de cuestiones singulares que tienen su origen en el sistema español de regulación de los servicios sanitarios y en el modelo constitucional de distribución de competencias en este ámbito material. En estos antecedentes se encuentran las razones del debate actual sobre la conveniencia o no de desvincular de forma definitiva la asistencia sanitaria de la seguridad social, y las repercusiones que ello tiene sobre el propio proceso de traspaso de servicios. Los antecedentes y el modelo de distribución competencial en materia sanitaria son el necesario punto de partida para plantear la cuestión objeto de nuestra reflexión, la evolución desde el modelo de Seguridad Social al modelo de Sistema Nacional de Salud. Veamos este doble condicionante del debate que hoy tenemos planteado.

1.- Antecedentes. Marco general de referencia. Exposición sintética.

1.1. -Evolución legislativa.

Ley 1942. Creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

- Gestión a través del Instituto Nacional de Previsión.
- Recurso al Concierto.

-Ley 1944 de Bases de la Sanidad Nacional.

- El Estado asume la atención sanitaria.
- La Administración local recibe la higiene públi-

ca, prevención, asistencia a población sin recursos.

-Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963.

- Base mutualista.
- Orientación reparadora.
- Cobertura no universal.
- Financiación por cuotas.

* Se inicia el despegue de la cobertura sanitaria.

1954	5,912.00.....	22%
1962	15,405.000.....	49,4%

* Se inicia la creación de una red de hospitales públicos con vocación de cobertura plena.

* Se crea un régimen especial de personal. El personal “ estatutario”.

-1977. Se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

-1978. Se suprime el INP y se crean tres entidades gestoras. INSALUD, INSS, INSERSO.

- Se crea como servicio común la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Centraliza el Patrimonio y la gestión del régimen económico.
- Solidaridad y principio de Caja única.

- La Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986.

- De la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud. Artículo 44.
- Se establecen cautelas temporales, así en la disposición adicional sexta o en la disposición transitoria tercera.
- Principio de universalidad. Arts. 1 y 3, a partir art. 43 CE.

- Generalización de la cobertura.

Cobertura 1982 ...	32,170.000	84,5%.
1995 .sin cobertura	152.000	
	con cobertura	98,5%

- Traspaso de los servicios de asistencia sanitaria a siete Comunidades Autónomas. Los bienes materiales y personales del INSALUD se han transferido a:

- País Vasco, RD 6 noviembre de 1987.
- Cataluña, RD 8 de julio de 1981.

- Galicia, RD 28 de diciembre de 1990.

- Andalucía, RD 22 de febrero de 1984.

- Navarra, RD 28 de diciembre de 1990.

- Canarias, RD 11 de marzo de 1994.

- Valencia, RD 27 de noviembre de 1987.

- Financiación a cargo del Presupuesto del Estado 1995, 91,8%.

- Pactos de Toledo. Financiación completa por Presupuestos Generales se prevé para el año 2000.

- Ley 49/1998 de 30 de diciembre de Presupuestos generales del Estado para 1999 adelanta la previsión en un año. En su Exposición de motivos se dice que “ el capítulo III, relativo a la Seguridad Social, introduce una novedad de importancia al preverse la asunción por el Estado de la totalidad de la financiación de la asistencia sanitaria, a través del Presupuesto del Instituto Nacional de Salud, suprimiéndose la referencia a la aportación procedente de cotizaciones sociales. Con ello se produce una desvinculación de la Seguridad Social en el plano financiero y supone un avance importante en el proceso de financiación”.

Razones:

- La prestación sanitaria como un derecho no contributivo y el gasto sanitario como un gasto que debe tener efectos redistributivos, a diferencia de las pensiones.

- Concepción integral de la salud. Prevención, promoción y asistencia como un todo unitario.

- Problemática específica del sistema de financiación.

- Crecimiento incontrolado gasto sanitario. Período 1986-1992, la tasa anual de incremento de precios fue del 5,7 % y el incremento de utilización de servicios fue del 9,2 %.

- El incremento mayor de gasto se produjo en gastos de personal y gasto farmacéutico.

- Desviaciones presupuestarias crecientes y repetidas. Desde 1982 cuatro operaciones de saneamiento.

- Déficit crónico en las Comunidades Autónomas que asumen gestión de la sanidad. Reciben la transferencia del Estado calculada como un porcentaje del presupuesto del INSALUD del último ejercicio liquidado en función de la respectiva po-

blación.

- Disfunción del sistema:
- Se parte del presupuesto de un ente cada vez más residual.
- La población no es criterio suficiente.
- La Comunidad Autónoma no conoce con tiempo sus ingresos y los recibe tarde.
- No se contempla el coste de los enfermos desplazados.

2. El modelo de distribución competencial.

La Constitución española de 1978 se refiere de forma separada a las materias de Seguridad Social y Sanidad. Por un lado, en el Título I, el artículo 41 establece que “ los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo”. Por su parte, el artículo 43 dispone que “ se reconoce el derecho a la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”.

Dentro ya del Título dedicado a la organización territorial, el artículo 148,1-21 reconoció que las Comunidades Autónomas podrían asumir competencias en materia de sanidad e higiene. Por su parte, el artículo 149,1 estableció como competencia exclusiva del Estado la materia de “ sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos” (apartado 16) y “ legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas” (apartado 17).

A partir de lo dispuesto en estos preceptos se aceptó la diferenciación entre la materia propia de salud pública, asumible por todas las Comunidades Autónomas, y la competencia en materia de asistencia sanitaria, que en la medida en que se entendía formaba parte de la Seguridad Social, sólo podía ser asumida por las Comunidades Autónomas del primer nivel que en sus Estatutos hubieran hecho referencia a la ejecución de los servicios propios de la Seguridad Social.

Como consecuencia de esta distinción los traspasos de servicios propios de la asistencia sanitaria dependientes del INSALUD se limitaron a las siete Comunidades Autónomas antes mencionadas, y se llevaron a cabo

como materia propia del artículo 149,1-17 CE. Así, en el RD 1517/1981 de 8 de julio , por el que se traspasan a la Generalidad de Cataluña los servicios propios de la asistencia sanitaria se afirma que se trata del traspaso de los servicios de la Seguridad Social correspondientes a los Institutos Nacionales de la Salud y de Servicios Sociales , citando como título competencial de la Generalidad de Cataluña el artículo 17 de su Estatuto, relativo a la materia Seguridad Social, y no la materia Sanidad¹.

Las restantes Comunidades Autónomas no reciben los traspasos relativos a los servicios de asistencia sanitaria al no haber asumido la competencia en materia de ejecución de los servicios de Seguridad Social, lo que no se modifica hasta las reformas estatutarias que culminan en el año 1999.

En definitiva, puede reconocerse que dentro del concepto material de sanidad se establece una distinción entre salud pública y asistencia sanitaria. Distinción que responde a la evolución de la intervención pública en materia de sanidad en nuestro país.

II.- EL MODELO CONSTITUCIONAL COMO UN MODELO ABIERTO. LA DECISIÓN DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD A FAVOR DE UN SISTEMA INTEGRADO Y UNIVERSAL.

Las referencias contenidas en la Constitución a las materias de sanidad y seguridad social no imponían, sin embargo, una obligada inclusión de la asistencia sanitaria dentro de la materia propia de la Seguridad Social. Esta conclusión, como ya hemos apuntado, se debía a los orígenes históricos del tratamiento de esta cuestión en nuestro país, y a la primaria identificación entre asistencia sanitaria y prestación propia de la seguridad social.

Ahora bien, como ya apuntó desde un primer momento MUÑOZ MACHADO², del texto constitucional no deriva la imposición de un modelo concreto sobre la

¹ En el último de los Reales Decretos de traspasos, el 446/1994 de 11 de marzo, relativo a la Comunidad Autónoma de Canarias, ya en vigor la Ley General de Sanidad, se observan matices significativos. Se cita como título competencial el artículo 149,1-16 CE, junto al 149,1-17, y se hace referencia a los preceptos de la LGS que crean el Sistema Nacional de Salud y dan carácter transitorio a la pervivencia del INSALUD.

² MUÑOZ MACHADO, *Derecho público de las Comunidades Autónomas*, vol. I, Civitas, Madrid 1982, y “ La organización de los sistemas de salud (la integración, la reforma y la crisis de los sistemas sanitarios públicos), Primer Congreso de Derecho y Salud, Barcelona 1992 y La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos, Alianza ed. Madrid 1995, pág. 91 y ss.

prestación de los servicios de atención sanitaria. De acuerdo con el citado autor, podía darse tres alternativas:

a. la Seguridad Social se concreta en prestaciones estrictamente económicas y el sistema sanitario se organiza separadamente; b. mantenimiento de un modelo de separación, de modo que las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y los servicios de sanidad pública se mantienen asignados a Administraciones separadas, la estatal y las autonómicas, y c. la Seguridad Social engloba tanto las prestaciones económicas como las distintas medidas de protección de la salud.

Parece, pues, que de la Constitución no se desprende el contenido que deba poseer la Seguridad Social, siendo posibles diversos desarrollos (STC 206/1997 de 27 de noviembre).

La opción, sin embargo, la adoptó el legislador al aprobar la Ley General de Sanidad de 1986, al crear el Sistema Nacional de Salud, como sistema único y a la vez descentralizado, basado en el principio de servicio universal, y situando como eje de tal servicio la actividad prestacional de las Comunidades Autónomas.

Si la integración no se produjo de inmediato fue por la pervivencia de dos factores a los que ya hemos aludido. Por un lado, los servicios sanitarios se mantenían con un régimen de financiación diferenciado en el que la participación de las cotizaciones sociales jugaba aún un papel significativo. Por otro, porque las Comunidades Autónomas del artículo 143 CE aún no habían asumido como competencia propia la gestión de los servicios propios de la Seguridad Social.

Estas razones llevaron al legislador de 1986 a definir un modelo de futuro, posponiendo su plena implantación en base a una serie de cautelas en forma de disposiciones adicionales o transitorias.

Así, el modelo de integración se impone en el artículo 45 “el Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud”. Las cautelas se contienen en la disposición adicional sexta (“ los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con su Estatuto. En los restantes casos, la red sanitaria de la Seguridad Social se coordinará con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma”) y en la transitoria

tercera (“el Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia”).

Entendemos, pues, que el legislador ya optó en 1986 por unificar toda la materia sanitaria dentro de un solo título competencial, la sanidad, al crear el Sistema Nacional de Salud, integración que se haría efectiva en el interior de cada Comunidad Autónoma cuando asumiera la integridad de los servicios sanitarios. Esta integración se pospuso a la modificación del sistema de financiación y a la reforma de los Estatutos de Autonomía.

III.- LA SITUACIÓN ACTUAL. NUEVOS ELEMENTOS QUE IMPONEN QUE SE SEPARE DE FORMA NÍTIDA LA MATERIA SANIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La actual coincidencia de tres elementos diversos permite concluir que en este momento debe establecerse ya de forma nítida la separación entre la sanidad y la Seguridad Social, lo que implica que la asistencia sanitaria deje de formar parte de esta última materia y se integre en el concepto material de sanidad interior.

Estos tres elementos son, por una parte, la asunción por parte de todas las Comunidades Autónomas de la materia ejecución de servicios de la Seguridad Social³, por otro lado, la reforma del sistema de financiación de la sanidad introducido en 1999, desapareciendo la financiación por cotizaciones, y, por último, la finalización el 31 de diciembre del 2001 del actual modelo de financiación sanitaria, así como el general de financiación autonómica.

A nuestro juicio, estos tres datos imponen culminar la construcción del modelo que diseñó la LGS de 1986 y dar por concluido el sistema de Seguridad Social en relación a la asistencia sanitaria para construir el nuevo Sistema Nacional de Salud en toda su plenitud.

La financiación íntegra de los servicios sanitarios a

³ *Bien es verdad que en la consideración de este elemento hay una cierta contradicción. No por el hecho de asumir la ejecución de la Seguridad Social se debería entender que las Comunidades Autónomas pueden asumir la asistencia sanitaria, ya que esta submateria debería ser competencia de las Comunidades Autónomas en virtud del título sanidad interior. No obstante, la evolución de la asistencia sanitaria en nuestro país explica esta relación. La situación actual permite recurrir únicamente a lo previsto en el artículo 149,1-16 CE para ordenar desde la Constitución la distribución de competencias en materia de salud pública y asistencia sanitaria.*

través de los Presupuestos Generales del Estado cierra el ciclo iniciado en nuestro país con la creación del SOE, y deja sin sentido la integración de la asistencia sanitaria dentro de la Seguridad Social.

Cuestión diversa es la relativa al modelo de financiación de la sanidad una vez ya se ha optado por incluir totalmente esta materia dentro de los Presupuestos Generales y se prevé el traspaso de toda la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas. Este es un debate ciertamente conexo, pero diverso, en el que no queremos entrar⁴.

Tan sólo nos referiremos a estos puntos de conexión de interés en la medida en que la opción por el modelo de Sistema Nacional de Salud, abandonando el modelo Seguridad Social, se ha criticado por el peligro que puede tener desde la perspectiva de la cohesión propia de la asistencia sanitaria y de la igualdad de trato a los ciudadanos. Es decir, se entiende que la financiación singularizada dentro del régimen de seguridad social permite garantizar una asignación de fondos más igualitaria, más garante de la equidad horizontal.

En esta línea se afirma que la asistencia sanitaria es un servicio público de protección universal y, por tanto, más propio de la materia Seguridad Social. Consecuentemente se añade que los servicios sanitarios son un instrumento específico de reducción de las desigualdades sociales, por lo que requieren una uniformidad de prestación que puede romperse si los servicios sanitarios son sustituidos por otros servicios en ejercicio de opciones presupuestarias.

Objeciones que no compartimos, en la medida en que creemos que la igualdad de trato puede alcanzarse a través de otras técnicas dentro de un modelo de Sistema Nacional de Salud desvinculado de la Seguridad Social. Pero además el nuevo modelo de financiación de la sanidad podrá establecer mecanismos propios que traten de garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios⁵.

⁴ Sobre este punto pueden consultarse los trabajos de ARGENTE, *El finançament dels serveis sanitaris de la Seguretat Social transferits, en "Fulls econòmics del sistema sanitari"*, nº 3, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 1999, y LÓPEZ CASANOVAS, *Financiación autonómica y gasto sanitario en España, Papeles de economía española nº 76, 1998; La financiación del sistema sanitario español y su incidencia en el gasto: perspectivas macroeconómica, territorial y funcional, XX Jornadas de economía de la salud; La financiación autonómica y la financiación de la sanidad: algunas claves, "Centre de recerca en economia i salut, CRES, UPF, Barcelona 1 de mayo de 2001.*

⁵ En este sentido, la nota de prensa incluida en la página WEB del Ministerio de Sanidad y Consumo de fecha 3 de octubre de 2001 lleva

En definitiva, entendemos que en el momento presente lo que procede es llevar a cabo el traspaso de los servicios de asistencia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas y construir el nuevo modelo basado en los principios de integración y prestación universal. Para ello se debe trabajar a partir del título competencial sanidad, teniendo como parámetro constitucional lo establecido en el artículo 149,1-16⁶.

IV.- EL NUEVO MODELO. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL TRASPASO DE LA ASISTENCIA SANITARIA A TODAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Si nos situamos en la lógica perspectiva de un inminente traspaso de los servicios de asistencia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas hay que analizar los problemas jurídicos que se derivarán de esta nueva situación.

1.- La legislación en materia de Seguridad Social.

El nuevo modelo de Sistema Nacional de Salud en el que se integra la asistencia sanitaria, hasta ahora en manos del INSALUD como institución gestora de la Seguridad Social, requiere adaptar la legislación de Seguridad Social a esta nueva realidad con el fin de precisar los respectivos ámbitos de actuación material.

En este sentido creemos que debería analizarse el vigente artículo 38 del Decreto legislativo de 1994, en la medida en que establece la acción protectora de la Seguridad Social, para darle un nuevo contenido. En concreto debería atenderse a su número primero, cuando establece que la acción protectora de la Seguridad Social comprenderá "a) la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo. b) la recuperación profesional,

por título "El nuevo modelo de financiación garantiza la equidad en el acceso a los servicios sanitarios", y recoge diversos argumentos en los que trata de fundarse la anterior afirmación.

⁶ En esta línea, en el trabajo de BARDAJI-VIÑAS, *Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas, publicado en el volumen coordinado por LÓPEZ CASANOVAS, Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías, Fundación BBK-IEA, Bilbao 2001, pág. 32, se afirma que " como ha puesto de relieve la doctrina los mandatos constitucionales permiten o incluso exigen que las prestaciones sanitarias se segreguen del contenido clásico del aseguramiento de la Seguridad Social, para integrarse o refundirse en el Sistema Nacional de Salud. Aparecerían así tres sistemas de acción social: el sistema de protección de la salud (servicios de carácter sanitario), el sistema de Seguridad Social (que atiende a situaciones de necesidad con prestaciones económicas) y un sistema de servicios sociales (que contemplaría prestaciones específicas para determinados grupos sociales)".*

cuya procedencia se aprecie en cualquiera de los casos que se mencionan en el apartado anterior”.

La asistencia sanitaria en todo supuesto debería dejar de ser materia propia de la Seguridad Social. Resta, sin embargo, el problema de precisar qué ocurre con la salud laboral (artículo 21 de la LGS) y en concreto con la asistencia derivada de accidentes de trabajo y la posterior recuperación. En la medida en que la asistencia no se presta por las entidades gestoras sino por entidades colaboradoras (artículo 68 del DL de 1994), parece desvincularse de la materia común y de los traspasos de medios. El régimen de financiación de estos servicios a través de las aportaciones profesionales y la gestión mediante las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, así como el régimen propio de esta actividad (artículo 68 del DL de 1994) permiten entender que sigue siendo actividad propia de la Seguridad Social.

2.- La desaparición del INSALUD. Consecuencias.

La culminación de los traspasos pendientes en materia sanitaria supondrá la desaparición del INSALUD. Este organismo de derecho público que hoy presta la asistencia sanitaria en 10 Comunidades Autónomas y atiende a un 38’73 de la población dejará de existir, al procederse al traspaso de todos sus elementos personales y materiales a las Comunidades Autónomas.

La desaparición del INSALUD y la entrada en el nuevo régimen del Sistema Nacional de Salud debe tener unas consecuencias inmediatas sobre el tratamiento de diversos elementos propios de la asistencia sanitaria. El dato determinante es que ya no estamos dentro del ámbito de la Seguridad Social, cuya actividad se reconduce a las funciones de atención a situaciones de necesidad mediante prestaciones económicas.

Este nuevo planteamiento incide de modo directo en tres elementos:

a. El patrimonio.

La disposición adicional séptima de la LGS establece que “ los centros y establecimientos sanitarios que forman parte del patrimonio único de la Seguridad Social continuarán titulados a nombre de la Tesorería General, sin perjuicio de su adscripción funcional a las distintas Administraciones públicas”.

Esta vinculación del patrimonio afecto a la asistencia sanitaria al patrimonio único de la Seguridad Social respondía, sin duda, a la vinculación entre asistencia sanitaria y Seguridad Social. Así, cuando se efectuaron

los primeros traspasos de servicios en esta materia (tomamos como ejemplo el RD 1517/1981 de traspaso a la Generalidad de Cataluña de los servicios de la Seguridad Social correspondientes a los Institutos Nacionales de la Salud y de Servicios Sociales) se estableció en el apartado “C. Bienes, derechos y obligaciones de la Seguridad Social que se adscriben a la Generalidad de Cataluña”, que “4. La adscripción de los bienes patrimoniales de la Seguridad Social se entiende sin perjuicio de la unidad del patrimonio de ésta, distinto del Estado y afecto al cumplimiento de sus fines específicos, cuya titularidad corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social. En el plazo de seis meses se elaborará un convenio que determine el procedimiento excepcional mediante el cual la Generalidad de Cataluña, de acuerdo con la legislación básica del Estado, podrá destinar los bienes adscritos o que en el futuro se le adscriban a usos distintos de los actuales, siempre que los nuevos sean conformes con los fines propios de la Seguridad Social”.

Ya en vigor la LGS, en el RD 446/1994 de 11 de marzo , de traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a Canarias, el apartado F, relativo a bienes, derechos y obligaciones del Estado que se traspasan, mantiene una regulación similar. Así, se establece que “3. Se adscriben a la Comunidad Autónoma de Canarias los bienes patrimoniales afectados al Instituto Nacional de la Salud que se recogen en el inventario detallado de la relación adjunta nº 1. Esta adscripción se entiende sin perjuicio de la unidad del patrimonio de la Seguridad Social, distinto del Estado y afecto al cumplimiento de sus fines específicos, cuya titularidad corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social. Las nuevas adscripciones de bienes a la Comunidad Autónoma de Canarias, así como el cambio de destino de los ya adscritos y la retrocesión de los mismos, en su caso, a la Seguridad Social se ajustarán al procedimiento que por convenio se establezca, de acuerdo con la legislación básica del Estado”.

En el momento presente entendemos que puede replantearse el sentido de lo establecido en la disposición adicional séptima de la LGS, ya que ha desaparecido la vinculación de la asistencia sanitaria a la Seguridad Social. Los bienes en los que se presta el servicio de asistencia sanitaria forman parte de la materia sanidad. Si en su origen estos bienes formaban parte del patrimonio de la Seguridad Social era porque estaban destinados a una actividad propia de la Seguridad Social, cosa que ya no es así. Del mismo modo que la asistencia sanitaria no se financia ya con los fondos de la Seguridad Social, los bienes de ésta última que se destinan a la asistencia sani-

taria deberían pasar íntegramente a las Comunidades Autónomas. La idea de patrimonio único de la Seguridad Social se justifica si existe identidad entre bienes y actividad, es decir, debe garantizarse un patrimonio único para garantizar los servicios propios de la Seguridad Social, pero entendemos que esta vinculación desaparece cuando lo que era Seguridad Social deja de serlo.

En consecuencia debería darse nuevo contenido a la disposición adicional séptima de la LGS, lo que se traduciría en el contenido de los Reales Decretos de traspasos. Tanto en los nuevos como a través de la modificación de los ya realizados se debería disponer el traspaso íntegro de los bienes afectos a la prestación de los servicios de asistencia sanitaria, en igualdad de condiciones que en los supuestos de otros traspasos de bienes afectos a competencias autonómicas.

Estos bienes pasarían a ser propiedad de la Comunidad Autónoma y quedarían afectos al Servicio de Salud de la misma. Como dice la disposición adicional sexta de la LGS, los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. En definitiva, se trataría de hacer realidad el modelo que ya está configurado en la LGS, y que consiste en un Sistema Nacional de Salud que integra los Servicios de Salud de las diversas Comunidades Autónomas. Modelo al que se llega una vez las Comunidades Autónomas asuman las competencias de asistencia sanitaria. Una vez esto último es una realidad, no tiene sentido mantener el régimen patrimonial diferenciado.

b. El personal.

Por lo que hace referencia al régimen del personal la situación es de una notable complejidad. En el Sistema Nacional de Salud conviven distintos vínculos laborales, si bien la mayoría del personal se encuentra en una relación estatutaria. Este régimen estatutario tiene tres manifestaciones profesionales diferentes, para el personal facultativo, para el personal sanitario no facultativo y para el personal no sanitario. Estos tres regímenes, de 1966, 1973 y 1971 respectivamente, se aprobaron dentro del marco institucional de la Seguridad Social.

Por otra parte, según lo que establece el artículo 84 de la LGS, todo el personal sanitario debería estar comprendido en una norma básica estatal, el Estatuto Marco, pudiendo las Comunidades Autónomas desarrollar el contenido de la normativa básica estatal. Pero hasta el momento este nuevo marco no ha sido aprobado. Mientras tanto, en cambio, se han producido traspasos de per-

sonal a las Comunidades Autónomas, se han aprobado normas básicas sobre el régimen estatutario por parte del Estado, y se ha ido configurando una importante bolsa de personal interino, especialmente significativo en el llamado "territorio INSALUD".

La falta de este Estatuto Marco ha llevado a que la identificación de lo que sea o no básico resulte problemático. Si bien en materia de selección y provisión de plazas la ley 30/1999 identifica con precisión su carácter básico (como dice su exposición de motivos con el fin "de hacer compatible la modernización de la gestión mediante una creciente autonomía de los servicios e instituciones sanitarias- con el mantenimiento de la unidad de régimen jurídico y la libertad de circulación de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud- mediante el establecimiento de unas condiciones comunes de acceso y movilidad"), en las restantes cuestiones⁷ no existe una normativa básica claramente identificada .

En todo caso, lo que si debe quedar claro es que debe superarse esta situación de notable confusión mediante la aprobación de un nuevo Estatuto Marco en los términos de lo establecido en el artículo 84 de la LGS. Nuevo Estatuto que deberá reconocer la nueva situación existente tras la asunción de la asistencia sanitaria por las Comunidades Autónomas. Por tanto el nuevo Estatuto Marco debe dictarse exclusivamente al amparo de lo previsto en el artículo 149,1-18 de la CE, como norma básica en materia de la función pública, desligada de la institución Seguridad Social por lo que, por último, su lógica tramitación debe partir del MAP. Debe desaparecer, por tanto, el régimen de personal estatutario de la Seguridad Social, para crear el régimen de personal estatutario de la sanidad pública, integrado por la norma básica estatal y la normativa de desarrollo de las respectivas Comunidades Autónomas. Hasta tanto no se apruebe el Estatuto Marco la normativa básica será la contenida en las bases del régimen general de la función pública.

Junto a estas consideraciones generales en el momento actual se debe hacer mención de dos problemas concretos. Por un lado, el inminente proceso de traspaso de los servicios de atención sanitaria a las diez Comunidades Autónomas que aún no los tienen asumidos supone el traspaso de todo el personal del INSALUD. Este hecho ha puesto de manifiesto una realidad ya conocida, esto es,

⁷ Vid. Al respecto el trabajo de DESDENTADO BONETE-DESDENTADO DAROCA, *El sistema normativo de la relación de servicios del personal estatutario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social*, pág. 69, en el libro colectivo *Personal estatutario de la Seguridad Social, Manuales de formación continuada del CGPJ*, nº 11, Madrid 2000.

la existencia de una inmensa bolsa de personal interino (según nota de prensa en la página WEB del Ministerio de Sanidad y Consumo de fecha 15 de octubre de 2001, un total de 37.225 personas que forman el colectivo de personal sanitario y no sanitario temporal, de ellos 5.000 facultativos especialistas).

Si bien esta realidad ya generaba problemas de gestión del personal dentro del “territorio INSALUD”, al tener que procederse al traspaso de este personal se ha querido dar una rápida solución al problema existente. Con este fin se tramita (al escribir ese trabajo) un proyecto de ley por el que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social en el ámbito del INSALUD. En la exposición de motivos del mismo se dice: “ en el marco general de la gestión de los recursos humanos antes descrito, el INSALUD se encuentra abocado a un próximo traspaso de sus competencias a aquéllas Comunidades Autónomas que se encuentran pendientes de recibir las. Esto produce dos tipos de efectos con respecto a la temporalidad de su personal. De una parte significa la conveniencia, por razones de oportunidad, de intentar resolver este problema evitando que sea trasladado a cada Comunidad Autónoma receptora de las competencias sanitarias, haciendo así más compleja su resolución coordinada y coherente para todo el Sistema Nacional de Salud. De otra, estimula el deseo y las expectativas del personal temporal del INSALUD de adquirir la vinculación estatutaria fija antes de que se produzca dicho traspaso. Todo ello configura una situación excepcional no sólo en las causas del problema, sino en la manifestación de sus efectos y en el desarrollo de sus posibles soluciones”.

No queremos entrar en el análisis de este proyecto legal ni valorar la complejidad del procedimiento que pone en marcha, pero si queremos destacar su carácter singular como ley medida que crea un procedimiento excepcional de selección de personal que trata de convertir el personal interino del INSALUD en fijo antes de los traspasos de servicios. En caso de que el traspaso se lleve a cabo con anterioridad, se pretende que el proceso selectivo iniciado se culmine en las respectivas Comunidades Autónomas bajo la coordinación del Consejo Interterritorial de Salud. Esto es, se traspasará en este caso una categoría de personal que podrá calificarse como personal interino en proceso de conversión en fijo. Las transferencias deberán, por tanto, incluir las partidas económicas necesarias para culminar la consolidación de los interinos, sin olvidar conceptos como los trienios acumulados. Por último señalaremos que en la nota de

prensa antes citada, se señala que si bien está previsto que el proyecto de ley extienda sus efectos tan sólo en el ámbito del INSALUD, “la tramitación del proyecto de ley posibilita que se extienda al ámbito de aquellas Comunidades Autónomas con competencias sanitarias transferidas”.

Una vez cerrado este proceso extraordinario, se recuperará el régimen de la ley básica 30/1999.

Por otro lado, la futura regulación del personal sanitario no puede olvidar que las Directivas comunitarias son derecho interno y normativa de aplicación directa. En este sentido debe recordarse la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea de 3 de octubre de 2000 que declaró aplicables al personal sanitario español las Directivas 89/391/CEE y 93/104/CE.

c. Participación.

El principio de participación de los ciudadanos en la actividad de los servicios sanitarios está muy presente en la LGS. Así, con carácter general en el artículo 10,1-10, pero también en otros preceptos en los que se contienen mandatos concretos, como en los artículos 53, 58 y 92.

Esta participación se ha articulado en parte sobre la base de la naturaleza propia de la Seguridad Social, dando un especial protagonismo a los representantes de empresarios y trabajadores. Al desaparecer el régimen de Seguridad Social y pasar al Sistema Nacional de Salud deberá también replantearse la articulación de la participación.

En este sentido coincidimos con lo dicho por BARDAJI-VIÑAS⁸. Para las citadas autoras hay que plantearse “la imprescindible modificación legal de la articulación de la participación comunitaria, en sentido amplio, heredera de un modelo contributivo propio del régimen de la Seguridad Social. La universalización de la asistencia, financiada exclusivamente por impuestos, exige una participación directa de los ciudadanos en el sistema, como de hecho se ha ido imponiendo en el desarrollo seguido por el INSALUD y las CCAA objeto de estudio. La representación de los empresarios y trabajadores debería ser también ajustada a este modelo, y perfeccionar o reconsiderar los modelos de representatividad territorial y sectorial sanitaria que siguen actualmente”.

d.- El proceso legislativo autonómico.

Una vez se proceda al traspaso de la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas deberá procederse

⁸ *Op.cit*, pág. 48.

a regular el nuevo sistema de Servicios de Salud por parte de cada una de las Comunidades Autónomas.

El escenario final debe estar integrado por las leyes de ordenación sanitaria de las diferentes Comunidades Autónomas, leyes dictadas en el marco de la LGS. Como consecuencia se hará realidad la previsión del artículo 50 de la LGS según el cual “ en cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

V.- DESCENTRALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y EQUIDAD EN EL ACCESO Y PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

El proceso de traspaso de la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas y el consiguiente cambio del modelo de sistema de Seguridad Social a Sistema Nacional de Salud, así como el paralelo cambio del modelo de financiación de la sanidad pública, ha generado una cierta preocupación en relación a la posible pérdida de la equidad en la prestación de los servicios sanitarios.

Por lo que hace referencia al nuevo modelo de financiación podía pensarse que la integración de los fondos sanitarios en el conjunto de recursos atribuidos a las Comunidades Autónomas pudiera llevar a una reasignación interna de recursos en perjuicio de la asistencia sanitaria. No se garantizarían, por tanto, las prestaciones básicas o la calidad de su prestación podía resentirse en sentido negativo.

Frente a este argumento se configura la financiación de la asistencia sanitaria dentro del sistema general de financiación autonómica pero bajo el principio de afectación. Es decir, se establece la obligatoriedad de que las Comunidades Autónomas destinen a la gestión de la asistencia sanitaria que era la propia de la Seguridad Social un determinado volumen de recursos, de tal forma que esta financiación aparezca diferenciada y condicionada a la finalidad perseguida.

Por otro lado, entendemos que la garantía de la

⁹ La afirmación de que se opta por un sistema de carácter finalista en la financiación de la asistencia sanitaria la extraemos de las noticias que tenemos en este momento sobre la configuración del nuevo modelo de financiación, pero no podemos asegurar que esta sea la solución definitiva.

equidad está garantizada a través de otros mecanismos, sin que la sanidad pública difiera en este punto de otros servicios de prestación universal, como puede ser la educación.

1.- La legislación básica.

El Estado posee en materia de sanidad la competencia sobre “las bases y coordinación general de la sanidad” (Art. 149,1-16 CE). La Constitución atribuye al Estado dos importantes títulos funcionales, las bases y la coordinación, a través de los cuales podrá establecer los contenidos uniformes que garanticen la equidad en el sistema de prestaciones. El carácter universal y redistributivo del sistema sanitario nacional, garantizando una cobertura sanitaria suficiente e igual en lo básico queda, en principio, garantizada¹⁰. A través de la normativa básica, como ya tuvo ocasión de establecer el Tribunal Constitucional en sus sentencias 32/1983 y 42/1983, el Estado puede establecer el modelo sanitario, puede garantizar un sistema público y puede fijar el contenido mínimo e igual de las prestaciones. El artículo 40 de la LGS contiene un amplio listado de submaterias cuya regulación corresponde al Estado.

Si atendemos a la garantía de unas prestaciones básicas iguales en todo el territorio del Estado la misma se contiene en el RD 63/1995, norma de contenido básico que establece el catálogo de prestaciones.

Las Comunidades Autónomas pueden ampliar el catálogo de prestaciones, ya que la igualdad básica no supone uniformismo. Una vez se haga realidad el contenido de la norma básica en garantía de la igualdad, nada debe impedir que la opción política de las Comunidades Autónomas les lleve a decidir asignar parte de sus recursos a nuevas¹¹ prestaciones o a mejorar la prestación de las reconocidas.

Tal vez en este punto la cuestión más delicada no sea la garantía de unas prestaciones iguales, sino el hecho de que su prestación se de en las mismas condiciones. Para ello deberá entrar en juego otro instrumento en ma-

¹⁰ Sobre esta cuestión son de interés las consideraciones que se contiene en el Informe 3/2000 del Consejo Económico y Social que lleva por título “Unidad de mercado y cohesión social”, Madrid 2000, pág 79 y ss.

¹¹ En relación con esta cuestión son de gran interés los datos que se aportan en el trabajo citado de BARDAJÍ-VIÑAS, op.cit. pág 83 y ss. En dicho trabajo se analiza el sistema de garantía de prestaciones y se pone de manifiesto como ya en el sistema actual las Comunidades Autónomas inciden sobre el mismo, ampliando el catálogo estatal de forma diferenciada. Sobre el sistema de prestaciones sanitarias en el sistema nacional de salud puede consultarse el trabajo de BELTRÁN AGUIRRE, Prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud: aspectos jurídicos, en Derecho y salud, vol. 2, 1994.

nos del Estado, la Alta inspección.

En todo caso, creo que debe reconocerse que en la situación actual de diversidad competencial las divergencias de sistemas prestacionales no son significativas¹², y en todo caso las diferencias se sitúan en incrementos de los niveles básicos. Nada hace pensar que la situación deba cambiar en el nuevo modelo de Sistema Nacional de Salud. En su caso, el Estado podrá acudir a los instrumentos de normativa básica y alta inspección para reconducir la situación.

2.- La Alta inspección.

La función de la Alta inspección fue delimitada por el Tribunal Constitucional en las sentencias ya citadas 32/1983 y 42/1983, y se concretó su alcance en el artículo 43 de la LGS.

Si bien hasta el presente su actividad ha sido inapreciable, puede pensarse que una vez se transfieran todas las competencias en materia de asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas su actividad se incrementa, con el fin esencial de garantizar la igualdad de las prestaciones básicas, tanto en su prestación como en su calidad. Cuestiones como el rechazo a la atención de desplazados, las diferencias en las condiciones de acceso a las prestaciones, o el establecimiento desigual de fórmulas de copago o tasas para determinados servicios, podrían ser objeto de atención por parte de la Alta inspección.

3. La coordinación. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La Organización Nacional de Trasplantes. La red de vigilancia epidemiológica. La Agencia de Seguridad Alimentaria.

La función de coordinación está reconocida como competencia del Estado en el artículo 149,1-16 de la CE. El alcance de esta función fue ya determinado en las Sentencias del Tribunal Constitucional antes citadas, 32/1983 y 42/1983. De acuerdo con el TC la coordinación comporta la “integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían, respectivamente el ejercicio de las competencias”. El artículo 73 de la LGS concretó la doctrina del Tribunal Constitucional estableciendo que “la coordinación general sanitaria se ejercerá por el Estado, fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las Administraciones Públicas Sanitarias en el ejercicio de

¹² LÓPEZ CASANOVAS, *La financiación autonómica y la financiación de la sanidad: algunas claves*, CRES-UPF, 1 de mayo de 2001, pág.5.

sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud”.

El instrumento organizativo fundamental para llevar a cabo esta tarea de coordinación es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CI), creado en el artículo 47 de la LGS y al que la propia Ley¹³ asigna ya unas determinadas competencias .

La figura del Consejo Interterritorial merece alguna reflexión de carácter general así como algunas consideraciones sobre su papel en la nueva situación que se creará una vez se transfieran los servicios de asistencia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas.

Desde la perspectiva general creo que debe ponerse de relieve que el Consejo Interterritorial no es una Conferencia Sectorial, un lugar de encuentro entre Gobierno central y Comunidades Autónomas para tratar de articular fórmulas de colaboración. El CI es un órgano de la Administración central en el que se concreta la función de coordinación que pertenece al Estado (STC 76/1983). Consecuentemente puede ejercer funciones propias de coordinación que no podrían atribuirse a una Conferencia Sectorial.

Dicho esto debe reconocerse que, sin embargo, hasta el momento la función de coordinación no se ha traducido en actuaciones concretas. No se han fijado criterios de coordinación ni se ha elaborado un Plan integrado de Salud , funciones a las que se refiere el artículo 70 de la LGS. Como se ha dicho, hasta el presente el CI ha actuado como si fuera una Conferencia Sectorial, más como amigable componedor que como órgano coordinador¹⁴.

Si las cosas han sido así hasta el presente, también es cierto que existe una opinión común sobre la conveniencia de potenciar el CI una vez se produzca el traspaso de los servicios de asistencia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas. En este sentido entendemos que la nueva configuración del CI debería tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- El CI deberá entrar a analizar cuestiones de mayor relevancia. De estar centrado en cuestiones de

¹³ Sobre el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, puede verse recientemente el libro publicado con motivo de su décimo aniversario, *Jornadas décimo aniversario, La coordinación en el ámbito sanitario, perspectivas de futuro, y el trabajo mecanografiado de SALA ARQUER-VILLAR ROJAS, Análisis de la cooperación en un sector determinado: la sanidad pública, en La cooperación en el marco constitucional, UIMP, Valencia 2001, pág. 65.*

¹⁴ En este sentido se manifiestan SALA ARQUER-VILLAR ROJAS, *op.ult.cit.*

salud pública pasará a analizar los temas propios de asistencia sanitaria. Deberá resolver sobre prestaciones, estatuto personal, patrimonio.

- Los nuevos cometidos exigirán una nueva estructura. Deberá plantearse una composición en Pleno y en Comisiones, con distribución de materias y funciones entre los distintos órganos. Igualmente deberá examinarse la conveniencia y funciones de los órganos de apoyo.
- Deberá abrirse el debate sobre el régimen de adopción de acuerdos, planteando si cabe introducir un sistema de votación, en qué casos, con qué condiciones.
- Cabe también plantear la conveniencia de integrar en el CI tareas que serían propias de una Conferencia Sectorial en la materia, como la función de servir de canal de participación de las CCAA en la Unión Europea.

Desde el punto de vista material, la actividad de coordinación se hace especialmente visible en tres ámbitos.

3.1. La Organización nacional de Trasplantes.

La actividad de llevar a cabo trasplantes forma parte de la materia asistencia sanitaria, y como tal se debe regular por las bases estatales, correspondiendo a las Comunidades Autónomas la normativa de desarrollo y la ejecución. Este esquema se ha concretado en la ley básica 30/1979 de 27 de octubre y en el RD 2070/1999 de 30 de diciembre. De acuerdo con esta normativa corresponde al Estado regular la acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios en los que se extraigan o se trasplanten órganos, mientras que a las Comunidades Autónomas corresponde la autorización en cada caso y el control de la actividad.

Este esquema de reparto competencial debe tener en cuenta, en su aplicación, la singularidad de la materia. La actividad de llevar a cabo trasplantes exige la puesta en conexión de los titulares de un órgano con los centros en los que se encuentra el paciente que lo requiere, con la complejidad añadida de tener que adoptar decisiones rápidas sobre temas comprometidos (a qué paciente se destina el órgano, como se traslada, etc.). La necesidad de actuar de forma coordinada es evidente. Como han dicho SALA ARQUER-VILLAR ROJAS¹⁵ “el aprovechamiento de los recursos disponibles, el fomento de las donaciones y la realización de los trasplantes a las personas con mejores condiciones de compatibilidad, requiere

de una organización de ámbito nacional- incluso internacional- que funcione como una red unitaria, con dirección única de los centros y profesionales sanitarios dedicados a esta actividad médica”.

Por ello se justifica la creación, como instrumento de coordinación propia del artículo 149,1-16 CE, de la Organización Nacional de Trasplantes, hoy regulada en el RD 2070/1999. Organización que según todas las opiniones actúa con gran eficacia situando el modelo español en la materia como uno de los mejores a nivel mundial.

3.2. La red de vigilancia epidemiológica.

En materia de salud pública, y en relación fundamentalmente con la necesidad de contar con una información rápida y fiable a nivel de todo el Estado, debe destacarse la creación de la red nacional de vigilancia epidemiológica por el RD 2210/1995. La red permite la recogida y análisis de la información epidemiológica con el fin de detectar los problemas y poder diseñar las actuaciones. Como mecanismo de coordinación del artículo 149,1-16 CE y del artículo 73,1 de la LGS puede imponer la obligación de fórmulas de información y registros comunes.

3.3. La Agencia Española de Seguridad Alimentaria.

Creada por la Ley 11/2001 de 5 de julio, la Agencia responde también a la necesidad de contar con un instrumento organizativo de coordinación en materia de seguridad alimentaria. Como dice la exposición de motivos de la ley 11/2001 “el carácter intersectorial, la naturaleza multifactorial y la indudable complejidad de la seguridad alimentaria, aconsejan disponer de instrumentos que, sin menoscabo de la responsabilidad empresarial y del marco competencial, puedan aportar un claro valor añadido a la gestión integral de la seguridad alimentaria en toda la cadena de producción, elaboración, distribución y consumo”.

Consecuente con este objetivo, la ley atribuye a la Agencia en su artículo segundo unos objetivos y funciones que se caracterizan por contenido de coordinación. La ley, dice la disposición adicional primera, “ se dicta al amparo del artículo 149,1-16, relativo a las bases y coordinación general de la sanidad, de la Constitución española”.

4.- La colaboración.

La descentralización de la asistencia sanitaria pondrá también de manifiesto la necesidad de articular mecanismos de colaboración para una mejor prestación de los respectivos servicios y para solventar los problemas

¹⁵ *Op.cit.* pág. 74.

que pueda generar esta distribución territorial de las competencias. Algunos ejemplos servirán para ilustrar esta problemática.

Las funciones propias de la asistencia sanitaria requieren una fluida y abundante información entre las diversas administraciones competentes. Si bien esta actividad ya está prevista dentro de los cometidos propios de la coordinación que corresponde al Estado, artículo 73 LGS, en todo caso será conveniente que las Comunidades Autónomas entre sí y éstas con el Estado establezcan mecanismos de intercambio de información sobre las diversas tareas que tiene encomendadas. En los Reales Decretos de traspasos ya efectuados se hacía especial referencia a la mutua información como función en la que deberían concurrir la Administración del Estado y la Comunidad Autónoma¹⁶.

Un régimen de compras centralizado sin duda puede favorecer la actuación de las Comunidades Autónomas, por lo que no debería renunciarse a este tipo de actuación para la provisión de determinados suministros o servicios.

La intervención frente a determinados problemas de salud pública requiere una actuación común. El reciente caso de las Vacas Locas es un claro ejemplo. Las inspecciones, la circulación de los animales, la información respectiva, requerían una actuación basada en reglas de colaboración mutua.

Por último, el problema de los desplazados requiere también la colaboración entre las diversas Administraciones. El artículo 17 de la LGS fija una regla general, pero la misma no impide el fenómeno real de la prestación de asistencia sanitaria a personas pertenecientes a otras Comunidades Autónomas. Las razones pueden ser varias, los desplazamientos ocasionales por vacaciones o razones laborales, la situación en zona fronteriza con un centro más cercano de otra Comunidad, o la existencia de centros de excelencia. Si bien el problema requiere fundamentalmente una respuesta desde la óptica de la financiación (crear un fondo de desplazados), también es necesario que se adopten mecanismos de colaboración para solucionar los problemas administrativos que esta actividad conlleva.

Si estos son algunos ejemplos, la técnica por excelencia para tratar de solventar los problemas apuntados

¹⁶ Así, en el RD 446/1994 de 11 de marzo sobre traspaso de servicios a Canarias, en el apartado D, funciones en que han de concurrir la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma, se hace expresa mención al intercambio de información en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

será el convenio (artículo 48 de la LGS).

VI.- CONCLUSIONES.-

El cierre del proceso de traspaso de los servicios de asistencia sanitaria a las 10 Comunidades Autónomas que asumieron recientemente esta competencia comporta, a nuestro entender, un cambio cualitativo de gran relevancia en la distribución de competencias en materia de sanidad.

La nota singular del tema analizado en estas páginas consiste en el hecho de que mediante este proceso de traspaso de medios materiales y personales se hace realidad el modelo de ordenación sanitaria establecido en la LGS de 1986, modelo basado en el Sistema Nacional de Salud y en el reconocimiento de la centralidad de las Comunidades Autónomas en las tareas de salud pública y en la prestación de la asistencia sanitaria.

Al coincidir prácticamente en el tiempo este proceso de traspaso de servicios con la integración de la financiación de la sanidad en los presupuestos generales del Estado y la adopción de un nuevo modelo de financiación para la sanidad, puede ya resituarse de modo preciso el sistema de reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia sanitaria exclusivamente dentro del artículo 149,1-16 CE. La asistencia sanitaria ya no debe entenderse como materia propia de la ejecución de un servicio de la Seguridad Social, sino como una submateria de la materia constitucional sanidad. Se cierra así un período dominado por el origen de la asistencia sanitaria como función propia de la Seguridad Social, función financiada por las cotizaciones de los asegurados.

En esta nueva situación deberán tenerse en cuenta de modo principal las siguientes cuestiones.

Primera. Deberá modificarse el DL de 1994 sobre el régimen de la Seguridad Social para extraer del ámbito de protección de la misma a la asistencia sanitaria, separando de este concepto lo relativo a los accidentes de trabajo y su atención a través de entidades colaboradoras.

Segunda. Deberá replantearse el régimen de los traspasos en materia de patrimonio, tanto para los nuevos como para los viejos traspasos.

Tercera. Deberá procederse a aprobar el Estatuto Marco del personal sanitario al margen del régimen propio del personal de la Seguridad Social.

Cuarta. Las estructuras de participación deberán adaptarse a la nueva realidad potenciando la participación

directa de los ciudadanos y superando las formulas de participación propias de la estructura de la Seguridad Social.

Quinta. La descentralización de la asistencia sanitaria y el nuevo modelo de financiación no tienen por qué comportar un riesgo para la universalidad del sistema ni una pérdida de la equidad del mismo. El Estado posee mecanismos suficientes para garantizar la equidad a través de la normativa básica, de la función de alta inspección y coordinación y de los instrumentos de colaboración. Si será preciso resituar estos mecanismos de coordinación y colaboración en el nuevo marco de descentralización de la asistencia sanitaria (al escribir este trabajo leo en el diario El País de 12 de noviembre que “ el departamento de Celia Villalobos está ultimando un proyecto de ley de Coordinación y Cooperación sanitaria entre las diversas administraciones que enviará próximamente al Congreso, en el que, entre otros aspectos, se fijará el catálogo de prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud y un sistema unificado de información que permita evaluar el funcionamiento del sistema con criterios comunes”.

BIBLIOGRAFÍA.

BELTRÁN AGUIRRE, JL.- Prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud: aspectos jurídicos. Derecho y salud, vol. 2 nº 2, julio-dic. 1994.

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL.- Unidad de mercado y cohesión social. Colección Informes CES 3/2000. Madrid 2001.

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.- Jornadas décimo aniversario. La coordinación en el ámbito sanitario. Perspectivas de futuro. Madrid 1998.

DESDENTADO BONETE- DESDENTADO DAROCA.- El sistema normativo de la relación de servicios del personal estatutario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en “Personal estatutario de la Seguridad Social”, CGPJ. Manuales de formación continuada 11, Madrid 2000.

FERNÁNDEZ – MIRANDA LOZANO.- Transferencias sanitarias: descentralizar y vertebrar. PWC. Madrid 2000.

LÓPEZ CASANOVAS, Dir. RICO GÓMEZ, Coord.- Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías, vol. I. BBV-IEA, Bilbao 2001.

MUÑOZ MACHADO.- La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos. Alianza editorial, Madrid 1995.

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA.- Número monográfico sobre la descentralización sanitaria en España. Nº 76, 1998.

PEMÁN GAVIN, J.- Derecho a la salud y administración sanitaria, Bolonia 1989.

- Sobre el proceso de desarrollo y aplicación de la Ley General de Sanidad: balance y perspectivas, Derecho y salud, vol.7, 1999.

REY DEL CASTILLO.- Descentralización de los servicios sanitarios. EASP/Junta de Andalucía, 1998.

La evolución del Estado autonómico ¿ Hay algo que decir desde el punto de vista sanitario? Revista de Administración sanitaria, vol. II, nº 8, oct-dic 1998.

Las políticas sanitarias como parte del Estado de bienestar, en “El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma” AAVV. Fundación alternativas, Madrid 1999.

Algunas notas para el diseño de los servicios públicos sanitarios en una España federal. Revista de administración sanitaria, vol. IV, nº 15, julio-sep 2000.

SALA ARQUER- VILLAR ROJAS.- Análisis de la cooperación en un sector determinado: la sanidad pública. Ponencia presentada en Jornadas sobre la cooperación en el marco constitucional, UIMP, Valencia 2-4 julio 2001, texto mecanografiado.