

Aseguramiento, «dualización» sanitaria y «descremado sociológico» de la Atención Primaria en España

Juan Simó Miñana

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Rochapea. Pamplona. Navarra.

La endeblez institucional de nuestro Sistema Nacional de Salud

Nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) es una realidad más virtual que real, lo cual no ha impedido que nuestra sanidad pública, resultado del esfuerzo colectivo de varias generaciones, sea uno de los logros de la sociedad española que más contribuye a su cohesión y bienestar y uno de los servicios públicos más valorados por los ciudadanos¹. La Ley General de Sanidad (LGS) que lo creó en 1986 (¡hace ya casi 30 años!) lo define en su preámbulo como «el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados», y su artículo 44.2 lo amplía al «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». Nada ha cambiado desde entonces acerca de la «entidad» del SNS: una creación meramente conceptual, precariamente definida como «conjunto» y con escasa entidad institucional. Un hecho acertadamente enfatizado por Freire hace ya diez años cuando señaló que el SNS no tenía «dirección postal conocida, ni teléfono, ni e-mail, y lo que es peor en estos tiempos, carece de página web propia»². Este no es su único problema, ni tan siquiera el más importante, pero tiene mucho que ver con la cobertura y el aseguramiento sanitarios y, más aún, con la coordinación del sistema. Por ejemplo, el Consejo Interterritorial del SNS, otro ente más virtual que ejecutivo, carece de competencia alguna en relación con las mutualidades de funcionarios^a, que son competencia respectiva de tres ministerios diferentes: Hacienda y Administraciones Públicas (MUFACE), Justicia (MUGEJU) y Defensa (ISFAS). La asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos [en adelante, sanidad pública] cubre prácticamente a toda la población desde 1990 (universalización *de facto*)^b. Pese a ello, nuestra sanidad

pública, financiada por impuestos desde hace más de tres lustros^c, nunca ha cubierto a toda la población por igual, y no toda la población cubierta públicamente lo está mediante un mismo título de derecho. Vemos, pues, que la cobertura, la coordinación y el aseguramiento sanitarios en España no están todavía bien resueltos, algo probablemente relacionado con la escasa entidad institucional y jurídica de lo que conocemos desde hace casi tres décadas por SNS.

La Constitución y el derecho a la protección de la salud

La Constitución Española de 1978 optó por incluir el reconocimiento del derecho a la protección de la salud (artículo 43) en el capítulo tercero del título I, relativo a los «principios rectores de la política social y económica», y no en el capítulo segundo, referido a los «Derechos y libertades», en cuya sección primera se hace referencia a los «derechos fundamentales y libertades públicas». De la inclusión de dicho derecho en el capítulo citado se derivan dos limitaciones: 1.^a) el desarrollo legal previsto no debe ni puede hacerse mediante ley «orgánica» (una forma de legislar que otorga mayores garantías de estabilidad a cualquier disposición que tenga ese carácter por las mayorías y procedimientos necesarios para su elaboración) y, en consecuencia, es susceptible de modificación por cualquier gobierno por mayoría simple; 2.^a) no cabe el recurso de amparo al Tribunal Constitucional si se produ-

de la cobertura que aspira a ser del 100% de la población. El otro es que se acceda mediante un mismo título de derecho, cívico, ligado a la única condición de ciudadanía o residencia. La cobertura poblacional de la sanidad pública en España es prácticamente total desde 1990. Nuestra sanidad pública se considera desde entonces universalizada *de facto*. Pero esto no significa que el SNS sea universal, pues hay sanidad pública más allá del SNS y hay población sin derecho a ser atendida por el SNS, ni por ningún otro subsistema público de cobertura, pese a contribuir con sus impuestos a su sostenimiento.

^c La financiación de la sanidad pública es mayoritariamente por impuestos (algo más del 70%) desde 1989. En 1995, la financiación impositiva superó el 90%, y a partir de 1999 la financiación es impositiva en su totalidad.

^a Tiene más entidad institucional cualquiera de las tres mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) que el propio Consejo Interterritorial del SNS.

^b El término «universalización» de un sistema sanitario público de financiación impositiva implica dos componentes. Uno de ellos es la amplitud

ce una supuesta vulneración en el ejercicio del derecho (que debe atenderse en todo caso a lo dispuesto en las leyes que regulan su desarrollo, y remitirse a su valoración por los tribunales ordinarios correspondientes).

El derecho a la atención sanitaria financiada públicamente

Pese al espíritu y el textual de la letra de la LGS, el derecho de los ciudadanos españoles y residentes en España a la sanidad pública no se realiza a través de un mismo título jurídico^d, sino que está regulado por una gran diversidad de normas, una auténtica «maraña legislativa» que recoge numerosos títulos jurídicos habilitantes y que dificulta expresar con nitidez cómo está establecido. Lo complica aún más la persistencia durante las tres últimas décadas de diversos modelos organizativos de cobertura sanitaria pública, consecuencia de la diversidad de subsistemas de aseguramiento, formas de provisión y acceso a las prestaciones sanitarias financiadas públicamente. Todo ello ocurre porque, pese al discurso imperante, nuestra sanidad pública no es ni ha sido nunca universal: un derecho cívico igual para todos ligado a la condición de ciudadanía o residencia. Se trata de una situación impropia e injusta en un país desarrollado que financia su sanidad pública mediante impuestos. Dentro de esa «maraña legislativa» vale la pena destacar el Decreto 2766/1967 que regula las prestaciones de asistencia sanitaria del Régimen General de la Seguridad Social (RGSS) heredadas por el SNS. Este decreto, muy modificado en relación con su articulado inicial, era la norma básica por la que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) reconocía el derecho a recibir asistencia sanitaria hasta que la reforma introducida por el Real Decreto (RD)-Ley 16/2012 lo derogó en su totalidad, a excepción del apartado dos de su artículo sexto, que se mantiene vigente y que por su interés se recoge en la [tabla 1](#). El lector juzgará si sobre estos cimientos legislativos se puede sostener un SNS universal con un grado aceptable de estabilidad en el aseguramiento, especialmente si se compara con la estabilidad en el aseguramiento que ofrece, por ejemplo, el mutualismo administrativo.

La integración asistencial y de aseguramiento en la Ley General de Sanidad y su vocación universal

La vocación de la LGS en 1986 era construir un SNS universal igual para todos: «Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional» (art. 1.2). «La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva»

(art. 3.2). Por último, el artículo 46.a) señala que una de las características fundamentales del SNS es «la extensión de sus servicios a toda la población». Pero señalaba que dicha extensión sería «progresiva» y «paulatina, de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes» (preámbulo y disposición transitoria quinta). La LGS establecía dos procesos de integración. El primero, relacionado con una concepción integral de la salud y con mejoras de eficiencia, regulaba la integración de las diferentes redes asistenciales (estructuras, servicios, funciones y prestaciones) de titularidad y responsabilidad públicas en los servicios de salud de las comunidades autónomas (CC.AA.) para constituir una red única que utilizara sinérgicamente todos los recursos y aprovechara la economía de escala. El segundo establecía la integración de los diferentes subsistemas de cobertura pública en un único sistema de aseguramiento igual para todos: el SNS. Entre ellos se encontraban el RGSS, los distintos regímenes especiales, incluido el de las mutualidades de funcionarios, las mutuas laborales, la beneficencia (estatal, de las diputaciones y de los ayuntamientos), la sanidad penitenciaria, etc. Por su especial relevancia en relación con la integración del aseguramiento, se recoge en la [tabla 2](#) el mandato de la disposición adicional segunda, todavía incumplida hoy casi tres décadas después de su entrada en vigor.

Ley de Cohesión y Calidad del SNS: apariencia de universalización

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCCSNS) de 2003 se redactó «como si» el derecho a la sanidad pública en España ya fuera entonces de carácter universal *de iure*, a través del SNS y bajo un mismo título jurídico igual para todos ligado a la condición de ciudadanía o residencia. En su preámbulo alaba los logros de la LGS, de la que afirma estableció «los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema». Es más, su artículo 2 afirma que uno de los principios que la informan es «el aseguramiento universal y público por parte del Estado». Y su artículo 3.1, antes de su modificación por el RD-Ley 16/2012, rezaba que «son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria [...] todos los españoles», como si la sola nacionalidad española fuera título habilitante del derecho de acceso a la sanidad pública. La ley describía una versión idealizada del SNS en la que se daba por hecho que el acceso al mismo era en 2003 un derecho cívico universal ya conseguido. No sorprende, pues, que no derogara expresamente ninguna norma que fuera obstáculo a la efectiva universalización *de iure* a través del SNS. Pero este redactado, más cercano a la ilusión que a la realidad, alimentaba las expectativas de que la voluntad del legislador era mantener el rumbo hacia la universalización *de iure* del SNS marcado por la LGS.

^dBase, fundamento o causa de la detentación de un derecho.

TABLA 1

Artículo 6°.2 del Decreto 2766/1967 de 16 de noviembre por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social [única parte vigente de este decreto]

Artículo sexto. Duración de la asistencia sanitaria.

Dos. De acuerdo con lo previsto en el número dos del artículo noventa y tres de la Ley de la Seguridad Social, de veintiuno de abril de mil novecientos sesenta y seis, se considerarán situaciones asimiladas a la de alta, a efectos de la conservación del derecho a la asistencia sanitaria y siempre que no exista este por otro concepto, las que a continuación se indican, en los términos y condiciones que se señalan para cada una de ellas:

Primera. La de los trabajadores que causen baja en este Régimen General, habiendo permanecido en alta en el mismo un mínimo de noventa días, durante los trescientos sesenta y cinco días naturales inmediatamente anteriores al de la baja. En esta situación, tanto el trabajador como los demás beneficiarios a su cargo, conservarán el derecho a que se les inicie la prestación de la asistencia sanitaria durante un período de noventa días naturales, contados desde el día en que se haya producido la baja inclusive. La duración de la prestación de asistencia sanitaria, así iniciada, no podrá excederse de treinta y nueve semanas, si se trata del trabajador, o de veintiséis semanas, si se trata de los beneficiarios a su cargo. En el supuesto de que la prestación de la asistencia sanitaria se hubiera iniciado antes de producirse la baja en este Régimen, los límites temporales de dicha prestación serán cincuenta y dos semanas en cuanto al trabajador y treinta y nueve semanas en cuanto a los beneficiarios a su cargo.

Segunda. La de los trabajadores que causen baja en este Régimen General, sin tener cumplido el periodo de permanencia en alta exigido para la situación anterior. En esta situación, tanto el trabajador como los beneficiarios a su cargo, únicamente conservarán el derecho a continuar disfrutando la asistencia sanitaria, cuya prestación estuvieran recibiendo en la fecha de producirse la baja, durante unos periodos máximos de treinta y nueve o de veintiséis semanas, según se trate, respectivamente, del trabajador o de los demás beneficiarios.

Tercera. La de los trabajadores por cuenta ajena que hayan causado baja en el Régimen de la Seguridad Social correspondiente para realizar una actividad laboral por cuenta ajena en el exterior, desde la fecha de la baja hasta el momento en que se produzca su salida de España.

Tercera bis. La de los trabajadores por cuenta ajena españoles de origen residentes en el exterior que se desplacen temporalmente a España cuando, de acuerdo con las disposiciones de la legislación de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o de las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.

Cuarta. (Suprimida.)

Quinta. La de los trabajadores que causen baja en el Régimen General, por incorporarse a filas para el cumplimiento del Servicio Militar con carácter obligatorio o voluntariamente para adelantarlo por el tiempo mínimo. En esta situación, los beneficiarios a cargo de dichos trabajadores conservarán el derecho a la asistencia sanitaria durante el tiempo de permanencia en filas de estos y de los dos meses legalmente previsto para su incorporación a la Empresa; durante estos dos últimos meses gozará de igual derecho el propio trabajador.

La Ley de Salud Pública de 2011: ¿el último intento de universalización de iure?

La Ley General de Salud Pública (LGSP) significó para algunos la culminación de la universalización de iure del SNS, pero no fue así. En el ámbito del aseguramiento, la LGSP aprueba la disposición adicional sexta titulada «Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública» que por su interés se recoge en la [tabla 3](#). La norma establece una especie de cronograma y a quien primero extiende el derecho es a las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012. Establece un plazo de meses para regular la extensión del derecho a los trabajadores por cuenta propia

y, para el resto, la extensión se condiciona, igual que hizo la LGS, a la evolución de las cuentas públicas. Contraviniendo el mandato de la propia LGS, la LGSP consolida la situación de los regímenes de mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) que «mantendrán su régimen jurídico específico» (v. [tabla 3](#)). Y lo hace sin exigir siquiera para ello ningún proceso de homologación con el SNS de las prestaciones ni del modo de acceso a los servicios médicos especializados, como podría ser la coincidencia exacta de ambas carteras de servicios y copagos farmacéuticos, y la inclusión del médico de familia como primer nivel de atención en el esquema asistencial ambulatorio de las mutualidades de funcionarios. Además, modifica la disposición adicional cuarta de la LCCSNS ti-

TABLA 2

Disposición Adicional Segunda de la Ley General de Sanidad de 1986**Segunda.**

Hasta tanto los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno, en el plazo de dieciocho meses contados a partir de la publicación de la presente Ley, procederá a la armonización y refundición de:

1. La asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo a que se refiere el artículo 20.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social de 30 de mayo de 1974, y disposiciones concordantes, tanto del Régimen General como de los Regímenes Especiales, incluidos los regulados por leyes específicas: Agrario, Trabajadores del Mar y Funcionarios Civiles del Estado y al servicio de la Administración de Justicia y los miembros de las Fuerzas Armadas a que se refiere el artículo 195 de la Ley 85/1978, de 28 de diciembre.

2. La asistencia médico farmacéutica a los funcionarios y empleados de la Administración local.

3. La asistencia sanitaria de la Sanidad Nacional a que se refiere la Ley de 25 de noviembre de 1944; el artículo segundo, apartado uno; disposición final quinta, apartado dos, del Decreto-ley 13/1972, de 29 de diciembre, y disposiciones concordantes, incluida la asistencia psiquiátrica, de enfermedades transmisibles y la correspondiente a la beneficencia general del Estado.

4. La asistencia sanitaria general y benéfica de las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos a que se refieren las bases 23 y 24 de la Ley de 25 de noviembre de 1944, la Ley de Régimen Local y disposiciones concordantes.

5. La asistencia sanitaria a los internos penitenciarios a que se refieren los artículos 3º y 4º de la Ley 1/1979, de 26 de septiembre, y disposiciones concordantes.

6. La asistencia sanitaria a mutilados civiles y militares como consecuencia de acciones de guerra o defensa del orden público y la seguridad ciudadana.

TABLA 3

Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**Disposición Adicional Sexta. Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública.**

1. Se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

Esta extensión, que tendrá como mínimo el alcance previsto en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se hace sin perjuicio de lo expresado en los apartados siguientes y de la exigencia de las correspondientes obligaciones a aquellos terceros legalmente obligados al pago de dicha asistencia de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad, en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y de lo dispuesto en los reglamentos comunitarios europeos y convenios internacionales en la materia.

La extensión prevista en este apartado será efectiva para las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012. Para el resto de colectivos afectados se realizará, atendiendo a la evolución de las cuentas públicas, en los términos previstos en el apartado 3.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o de beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que mantendrán su régimen jurídico específico. Al respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo a la normativa vigente.

3. En el plazo de seis meses, el Gobierno determinará reglamentariamente los términos y condiciones de la extensión del derecho para quienes ejerzan una actividad por cuenta propia.

tulada «Extensión del contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud» con un redactado contrario al título de dicha disposición, pues exime de algunas importantes funciones de salud pública a las mutualidades de funcionarios a las que, por primera vez, una ley expresamente considera «integrantes del Sistema Nacional de Salud en su calidad de entidades gestoras de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de los Funcionarios»^e. En concreto las exime de «las actuaciones de vigilancia epidemiológica, protección y promoción de la seguridad alimentaria, protección y promoción de la sanidad ambiental, vigilancia y control de los riesgos derivados de la importación y tránsito de bienes y viajeros, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de las epidemias y catástrofes». Por ello, es posible que el sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) de vigilancia epidemiológica^f haya quedado definitivamente desvinculado del quehacer de los facultativos de las aseguradoras privadas que atienden a los mutualistas que eligen su provisión. Definitivamente, más que una auténtica universalización *de iure* del SNS, la pretensión de la LGSP fue que ningún español residente en el país quedara fuera del sistema, sin llegar a decir nada de los casi 2,2 millones de compatriotas residentes en el extranjero^g.

La polémica reforma de 2012 introducida por el Real Decreto-Ley 16/2012

La principal novedad derivada de la reforma introducida por el RD-Ley 16/2012 en el ámbito del aseguramiento consiste en retomar antiguos conceptos jurídicos del campo de la Seguridad Social (SS), como el de «asegurado» y «beneficiario de un asegurado». El reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario no cambia y corresponde al INSS. En la regulación del aseguramiento se detectan, respecto de la situación previa, ciertos cambios como la exclusión de la consideración de «beneficiario» del ascendiente del asegurado, o el establecimiento de un límite de edad para el descendiente, fijado en 26 años, salvo que tenga un grado importante de discapacidad. Persiste la vía subsidiaria de acceso por no superar un techo de ingresos económicos que ahora se eleva a los 100.000 euros en cómputo anual, pues la norma anterior (RD 1088/1989), ahora derogada, hablaba de salario mínimo interprofesional también en cómputo anual. A esta vía pueden acudir las personas que no cumplan los requi-

sitos de «asegurado» o «beneficiario de un asegurado» si cumplen otras condiciones. A través de esta vía accederá de oficio a la condición de «asegurado» el «beneficiario de un asegurado» al cumplir los 26 años de edad si persiste su residencia en España, cumple el requisito económico y no dispone de cobertura obligatoria por otra vía. Esta vía subsidiaria regula también el derecho al SNS de los trabajadores por cuenta propia que mandaba regular pocos meses antes la LGSP, pues, según el RD 1192/2012, no tendrá la consideración de cobertura obligatoria de la prestación sanitaria el estar encuadrado en una mutualidad de previsión social alternativa a la SS. La norma condiciona el aseguramiento por esta vía subsidiaria al requisito de la residencia en España para nacionales españoles; a la inscripción en el Registro Oficial de Extranjeros para los nacionales de estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza; y a la autorización de residencia para nacionales de terceros países. Es decir, la norma establece un límite de ingresos anuales de 100.000 euros, que, de no sobrepasarse, garantizará que quienes residan legalmente en España^h (españoles o extranjeros) estén cubiertos por el SNSⁱ. Por tanto, la principal novedad estriba en la exigencia para los extranjeros de un requisito que, hasta entonces, no era preciso acreditar: estar autorizado para residir legalmente en España. Quedan excluidos, pues, de la sanidad pública los extranjeros sin residencia legal en España con las únicas salvedades de los «supuestos especiales»^j y la suscripción del «convenio especial»^k regulado por el RD 576/2013.

^h A efectos del mantenimiento del derecho de las prestaciones sanitarias en las que se exija la residencia en territorio español, se entenderá que el beneficiario de dichas prestaciones tiene su residencia habitual en España aun cuando haya tenido estancias en el extranjero, siempre que estas no superen los 90 días a lo largo de cada año natural.

ⁱ Pero quedarán excluidos de la sanidad pública aquellos españoles o extranjeros que, pese a residir legalmente en España, sobrepasen este límite, no cumplan los requisitos de «asegurado» o «beneficiario de un asegurado» y carezcan de «cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía». La lógica demagógica subyacente es la apelación a que no pueden tener derecho al SNS aquellas personas con capacidad económica suficiente para costearse su atención sanitaria. Este argumento degrada la propia idea de derecho aproximándola al terreno de la beneficencia, sobre todo cuando el SNS se financia por impuestos y quienes superan el límite de los 100.000 euros también contribuyen con sus impuestos a mantenerlo (y, en principio, proporcionalmente más que contribuyen otros con menores ingresos).

^j Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. b) De asistencia al embarazo, parto y posparto. En todo caso, los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

^k El convenio especial permitirá a las personas que lo suscriban (no necesariamente extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España) acceder a las prestaciones de la cartera común básica del SNS mediante el pago de la contraprestación económica mensual dependiente de la edad (65 euros en los menores de 65 años y 167 euros para los de 65 o más años), pero independiente del nivel de renta. De modo que un rentista sin relación con la SS pagará lo mismo que un inmigrante irregular. Por cierto, la formalización de este convenio no

^e Redactado que pronto ha sido adoptado por las mutualidades y, por ejemplo, MUFACE lo reproduce textualmente en su página web («MUFACE forma parte del Sistema Nacional de Salud en su calidad de entidad gestora del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado»).

^f El EDO obliga a todos los médicos que ejercen en la sanidad pública o en la privada a declarar determinadas enfermedades infecciosas.

^g Instituto Nacional de Estadística. *Padrón de Españoles Residentes en el Extranjero a 1 de enero de 2015*.

El empadronamiento deja de ser esencial para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros, aunque es condición necesaria para suscribir el «convenio especial». El aspecto más polémico y controvertido de la reforma sanitaria de 2012 es la grave limitación de derechos de la población extranjera en situación irregular^l. Son muchas las voces autorizadas que desde distintos ámbitos han cuestionado esta medida, tanto desde el punto de vista de la proporcionalidad como de la idoneidad, por considerar que si lo que se pretendía era contener el gasto sanitario derivado de situaciones fraudulentas («turismo sanitario»), se podrían haber planteado otras alternativas menos gravosas para la salud del inmigrante irregular y la salud pública.

Se trunca la vocación universal del SNS

La Ley 24/1997 de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social (LCRSSS) calificó la asistencia sanitaria como prestación no contributiva y universal de la SS, pero esta declaración no condujo, ni entonces ni después, a reformular toda la normativa en vigor sobre el derecho de acceso a la asistencia sanitaria para darle con efectividad dicho carácter universal. En puridad, la reforma sanitaria de 2012 no introdujo un cambio real del marco del aseguramiento, pues la asistencia sanitaria continuó siendo, como era, una prestación no contributiva de la SS. Pese a ello, sí se han visto frustradas las expectativas y aspiraciones de culminar la evolución iniciada con la LGS, y mantenida por la LCCSNS y la LGSP, hacia la universalización *de iure* real y efectiva del derecho de acceso a la atención sanitaria pública a través del SNS, bajo un mismo título jurídico, único e igual para todos, como derecho cívico ligado a la condición de ciudadanía o residencia^m. La LGS pospuso su predicada universalización a un

producirá efectos sobre la eventual regularización de la situación administrativa de la persona que lo suscriba, pero causa cierta perplejidad que una persona que pueda encontrarse en situación de irregularidad y, por tanto, ser susceptible de expulsión, formalice con la Administración una especie de «póliza sanitaria pública» para la prestación de servicios de carácter sanitario.

^l Por cierto, no existe legislación alguna que reconozca el derecho a recibir asistencia sanitaria al embarazo, parto y posparto —modalidad b) de los «supuestos especiales»— a las españolas residentes en España por el hecho de ser españolas. Paradójicamente, una norma que limita derechos a los extranjeros irregulares acaba reconociéndoles algunos derechos que ni a los propios españoles, por el hecho de serlo, se les reconocen. Hay que recordar que, pese al redactado de la LGS, la nacionalidad española y la residencia legal de los extranjeros en España no son títulos jurídicos que otorguen derecho de acceso a la sanidad pública (no son, por tanto, condición suficiente al efecto), puesto que se exige la concurrencia de alguna de las variadas circunstancias a las que la «maraña legislativa» aludida vincula el derecho a la asistencia sanitaria.

^m El RD-Ley 16/2012 modifica el artículo 3 de la LCCSNS que de hablar de «titulares de los derechos» pasa a hablar «de la condición de asegurado». El progresivo rumbo hacia un derecho de ciudadanía en la lógica de un servicio nacional de salud (el titular del derecho es el ciudadano por su condición de tal y no deriva de una condición familiar o social determinada) se frustra por la lógica del sistema de seguridad social que «garantiza» la atención sanitaria al que cumpla las condiciones de «ase-

gurado» o «beneficiario de un asegurado». La idea de ciudadano titular de un derecho autónomo y personal se sustituye por la de otorgamiento de la condición de «asegurado» o «beneficiario de un asegurado» dependiente de este. En un sistema sanitario público universalizado y financiado impositivamente, se tiene derecho por la simple condición de ciudadano y carece de sentido el concepto de «asegurado», que siempre está ligado a la afiliación expresa a un sistema asegurador o a la concurrencia de determinados requisitos. De hecho, en la nueva redacción del artículo 3 de la LCCSNS la palabra «derecho» no aparece por ninguna parte.

ⁿ Algunas CC.AA. han regulado el aseguramiento sanitario público, ampliando el derecho dentro de su jurisdicción para aquellas personas sin derecho en un intento de universalizar de forma efectiva la atención sanitaria, algunas mediante contraprestación económica (Cataluña, Navarra) y otras sin ella (Andalucía, Extremadura), lo que produce paradojas como esta, amén de la propia inequidad ligada a la existencia o no de dicha contraprestación económica. La ampliación del derecho se circunscribe al ámbito territorial de la comunidad autónoma y no es exportable ni al resto del territorio nacional ni, mucho menos, a la Unión Europea. Así, puede reconocerse el derecho a la asistencia sanitaria pública del SNS en una determinada CC.AA. a una persona a la que el INSS no se lo reconoce o, más aún, no se lo reconoce otra CC.AA.. Afortunadamente, estas situaciones no son habituales, pero constituyen el ridículo exponente de las contradicciones que encierra la «maraña legislativa» que intenta regular el derecho de acceso a la sanidad pública en España.

Problemas derivados de la situación actual del aseguramiento público

La situación del aseguramiento sanitario público en España afecta a la misma naturaleza del SNS y causa no pocos problemas. Por ejemplo, la «maraña legislativa» produce contradicciones y puede darse la situación de que a un poseedor de la tarjeta individual sanitaria (TIS) emitida por un servicio autonómico de salud se le niegue la TSEⁿ. Este entramado legislativo no se ha adaptado, ni como

prestación universal no contributiva de la SS ni como derecho de ciudadanía responsabilidad del SNS y las CC.AA., a la nueva realidad sanitaria que arranca con la LGS y se conforma definitivamente en el año 2002, cuando culmina el proceso de transferencias sanitarias a las CC.AA. El sistema sanitario público en España es un sistema estratificado que diferencia riesgos y colectivos, en el que existe un subsistema principal, el SNS, responsable de la mayor parte de la atención por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral, que se corresponde con la asistencia sanitaria del RGSS cuya gestión se transfirió a las CC.AA. Junto con este subsistema mayoritario han coexistido y todavía perviven otros subsistemas diferentes. Esta realidad, que no se ajusta desde hace ya casi tres décadas a lo dispuesto por la LGS, ha generado desde entonces problemas de equidad y eficiencia en la sanidad pública que todavía persisten. En primer lugar, da lugar a ineficientes duplicidades de cobertura que permiten la selección de riesgos. El SNS ha actuado y todavía actúa de recogedor de todos los malos riesgos (malos en el sentido económico, es decir, de alto coste) de los otros subsistemas, ya que todos ellos están cerrados en su entrada, pero la mayoría son perfectamente permeables en su salida y sus partícipes pueden elegir, prácticamente en cualquier momento y a conveniencia, seguir en esos subsistemas o migrar al SNS. En segundo lugar, esta diversidad de subsistemas ha producido y produce desigualdades no relacionadas con la necesidad sanitaria en la provisión, estabilidad del aseguramiento, cartera de servicios, copago, acceso y utilización de los servicios sanitarios financiados públicamente, según grupos socioeconómicos. Otro problema derivado de esta situación ha sido y es la «dualización» de la sanidad pública³ y el denominado «descremado sociológico» de la Atención Primaria⁴, pues esos otros subsistemas de financiación pública conllevan una provisión sanitaria (privada) sin Atención Primaria (AP) a la que han ido accediendo y acceden sectores sociales relativamente privilegiados, con mayor nivel educativo, de renta, y con mayor peso e influencia política y mediática. Sectores que no se han visto nunca directamente afectados ni se han sentido concernidos por los problemas del SNS, en general, ni por los de la AP en particular. Sectores de donde proceden muchos de quienes deciden sobre el SNS, pero no lo utilizan³. Por último, y no menos importante, esta situación tiene también consecuencias de carácter económico por la ruptura de las economías de escala que implica la fragmentación por la no integración de todos los recursos humanos, materiales, presupuestarios, organizativos y de planificación en un sistema único.

Subsistema principal: el Sistema Nacional Salud

El principal subsistema de cobertura sanitaria pública en España es el SNS, que hereda la asistencia sanitaria del

RGSS por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral. A los efectos de acceso a la asistencia sanitaria, y siguiendo el mandato de la LGS, los poderes públicos han tenido suficiente capacidad para incluir progresivamente dentro del SNS muchos otros subsistemas, como el de los trabajadores del mar, agrario, minería del carbón, empleados del hogar, autónomos, etc. Sin embargo, la incapacidad ha sido palmaria para incluir al subsistema mutualista de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS)⁶. También han sido incluidos progresivamente en el SNS diversos colectivos singulares mediante normativa específica⁶ (beneficiarios de pensiones de viudedad, orfandad y a favor de familiares, causadas por españoles fallecidos como consecuencia o con ocasión de la Guerra Civil; personas que, durante la Guerra Civil, formaron parte de las Fuerzas Armadas, Fuerzas de Orden Público y Cuerpo de Carabineros de la II República; emigrantes retornados; titulares de pensiones causadas por actos de terrorismo; menores; discapacitados; mujeres víctimas de violencia de género; perceptores de prestaciones no contributivas; etc.), de modo que actualmente cerca del 95% de la población está incluida en el SNS. Se repasa a continuación los principales subsistemas que todavía persisten, o han persistido hasta hace poco tiempo, no integrados en el SNS pese al mandato de la LGS, en el caso de la atención sanitaria a la enfermedad común, maternidad y accidente no laboral. Algunos de ellos son de ámbito nacional (los más relevantes), mientras que otros lo son de ámbito autonómico o municipal.

Mutualismo administrativo

Se trata de regímenes especiales de la SS diferentes del RGSS, con prestaciones sanitarias también distintas en extensión y contenido, gestionados por tres mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Anteriormente figuró junto a ellas la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL), cuyos asegurados, funcionarios de las corporaciones locales, sí fueron integrados en 1993 en el SNS (RD 480/1993). Los mutualistas pueden elegir entre distintas opciones de provisión privada (diversos seguros médicos) o la pública (SNS), capaci-

⁶ Da la sensación de que, desde que se publicó la LGS en 1986, los sucesivos gobiernos de España han cumplido la LGS para incluir en el SNS a los subsistemas integrados por aquellos sectores sociales menos influyentes y poderosos, pero se han visto incapaces de cumplir la LGS en el caso de los regímenes especiales mutualistas. Ello, quizás, haya ocurrido por azar (poco probable), por oportunismo político o por propio interés, pues muchos de los miembros y altos cargos de dichos gobiernos, de todo color político, eran y son partícipes de estos regímenes mutualistas, por no hablar de la capacidad de influencia de los mutualistas titulares del ISFAS. En todo caso, ningún gobierno de las últimas tres décadas ha asumido el coste en términos electorales y políticos que, sin duda, tendría la integración del subsistema mutualista en el SNS.

⁶ Los títulos jurídicos otorgados por esta variada normativa son residuales y subsidiarios y el interesado no podrá utilizarlos si reúne las condiciones para causar el derecho o adquiere la condición de asegurado o beneficiario por otra vía.

dad de elección inexistente en el SNS. En 2014, el porcentaje de mutualistas que se decantó por la atención sanitaria del SNS osciló entre el 6,37% en ISFAS⁵ hasta el 18,25% en MUFACE⁶, pasando por el 15,82% en MUGEJU⁷. Los mutualistas que elijen provisión privada disponen de prestaciones ortoprotésicas, dentales, ópticas y auditivas no incluidas en el SNS. Y todos ellos, incluidos quienes elijen provisión pública, difieren también en el copago en farmacia de receta: la participación normal del mutualista, activo o pensionista, es del 30% del precio del envase. Es decir, el mutualista activo copaga menos, en algunos casos la mitad, que el activo del SNS, mientras que el pensionista mutualista copaga mucho más que el pensionista del SNS. Según las memorias de las mutualidades, el colectivo mutualista ascendía a 2.233.303 personas a 31 de diciembre de 2014. Su peso en el total de la población ha ido decreciendo y representó, en 2014, el 4,8%, mientras que 10 años antes, en 2004, era del 5,3%, y en 1994 representaba el 6,3% de la población⁸. El subsistema se financia mediante cotizaciones de los mutualistas y aportaciones del Estado (es decir, impuestos). En MUFACE, la principal mutualidad por número de mutualistas, las cotizaciones cubrieron en 2014 el 25% de su presupuesto, mientras que las aportaciones del Estado significaron el 70%⁶. La elección entre la provisión pública del SNS o la privada de las aseguradoras la pueden realizar los mutualistas al comienzo de cada año, sin que se tenga en cuenta preexistencia alguna de enfermedad. La elección del mutualista por la provisión de las aseguradoras privadas no supone su ruptura con la asistencia pública del SNS, ya que esta sigue siendo accesible a través de sus servicios de urgencias o mediante el cambio ordinario al comienzo de cada año o extraordinario durante el resto del año hacia la provisión pública del SNS. Estos cambios ordinarios o extraordinarios suponen una vía a la selección de riesgos conocida desde hace muchos años⁹. La selección de riesgos también puede ocurrir en la prestación en farmacia de receta debido a que muchos mutualistas ostentan la doble cobertura (legal o ilegal) con el SNS¹⁰. Según el Tribunal de Cuentas, la doble cobertura afectaba en 2003 al 13% del colectivo de MUFACE, en la mitad de los casos era ilegal y la inmensa mayor parte de la doble cobertura ilegal ocurría en beneficiarios de algún titular¹¹. Los mutualistas con doble cobertura disponen de ambas tarjetas (la de MUFACE y la del SNS), lo que les permite usar indistintamente ambas recetas (la de MUFACE y la del SNS). El inductor de la selección de riesgos farmacéuticos es el mucho mayor copago al que está sujeto el pensionista mutualista, comparado con el pensionista del SNS (sin copago hasta julio de 2012 y mucho menor copago desde entonces). Aquellos pensionistas mutualistas pluripatológicos y plurimedcados que se vieran obligados a copagar una considerable cantidad al usar la receta mutualista, en el caso de tener doble cobertura (legal o ilegal) con el SNS, dejarían de usarla y se pasarían a la receta del SNS. El diferente copago farmacéutico en-

tre ambos regímenes opera en sentido inverso en el caso del activo mutualista con doble cobertura, pues si hiciera uso de la receta del SNS copagaría más. Este mecanismo de centrifugación de los peores riesgos farmacéuticos desde MUFACE al SNS lleva normalmente aparejado el trasvase de peores riesgos médicos, pues el plurimedcado lo es normalmente por pluripatológico.

Empresas colaboradoras de la Seguridad Social

Desde 1966 hasta 2009 se permitió a las empresas de más de 500 empleados proporcionar ellas mismas asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral a sus empleados y familias, compensando estos gastos mediante deducciones de sus cuotas a la SS o mediante subvenciones públicas. La **figura 1** muestra los logotipos de algunas de estas empresas. Entre ellas figuraron algunas de las más sólidas de España como los bancos BSCH, BBVA, Banco Urquijo, Banco de España, eléctricas como ENHER, empresas y entidades públicas como la Autoridad Portuaria de Barcelona, el Hospital de Sant Pau, RTVE, la FNMT, TALGO, Gas Natural, FENOSA e Iberdrola, etc. El contenido de esta «colaboración» implicaba que sus beneficiarios tenían cobertura sanitaria del SNS derivada de su vinculación al RGSS, pero recibían la atención sanitaria (de provisión privada) a través del dispositivo asistencial de su empresa. El subsistema de las empresas colaboradoras, que debió desaparecer por mandato de la LGS, fue durante muchos años anacrónico y disfuncional⁹, sobre todo a partir de 1999, cuando el SNS pasó a ser íntegramente financiado por impuestos, pero pervivió una década más¹. En 2002, 700.000 empleados y sus familias estaban cubiertos por este subsistema¹². Un caso de empresa colaboradora relevante por su significado lo constituye la propia CC.AA. de Madrid, que, siendo responsable de la atención sanitaria de todos los

⁹ La atención farmacéutica seguía siendo proporcionada por el SNS, así como las prestaciones complementarias y la rehabilitación. Dada la no total desconexión entre el SNS y el dispositivo asistencial de las «empresas colaboradoras», la dificultad para evitar la selección de riesgos estuvo siempre presente.

¹ La Ley de Presupuestos Generales del Estado de diciembre de 2008 suprime el apartado 1 b) y modifica el apartado 5, del artículo 77 del RD-Ley 1/1994 de 20 de junio. Por lo que a partir del 1 de enero de 2009 se suprime la colaboración voluntaria en la gestión de asistencia sanitaria e incapacidad temporal derivadas de enfermedad común y accidente no laboral. Desde entonces, muchas de estas entidades (públicas y privadas) ofrecen a sus empleados y familias un seguro privado de salud como remuneración en especie. En el caso de las privadas, este seguro está incentivado fiscalmente. En el caso de las públicas, este seguro se paga con dinero público (tal es el caso del Banco de España y de RTVE, entre otras). En el fondo, nada ha cambiado, pues los presupuestos públicos se hacen cargo (o soportan el coste fiscal) de la asistencia sanitaria privada de personas con pleno derecho a obtenerla del SNS. La doble cobertura, pública por el SNS y privada por un seguro médico (pagado con dinero público en el caso de las instituciones públicas o incentivado fiscalmente en el caso de las empresas privadas), vuelve a ser caldo de cultivo para la selección de riesgos.

FIGURA 1

Logotipos de algunas de las empresas colaboradoras de la Seguridad Social



madrileños, mantuvo este subsistema para sus empleados y familias.

Concierto de la Asociación de la Prensa

No deja de sorprender el trato excepcional a través de un convenio para, precisamente, la Asociación de la Prensa de Madrid (APM), un colectivo tan importante en la formación de la opinión pública. Este convenio se inició en 1973 con el Instituto Nacional de Previsión, lo continuó el INSALUD a partir de 1983 y posteriormente la Comunidad de Madrid a partir de 2002. El convenio sigue vigente y, en 2011, la Comunidad de Madrid destinó más de 9,4 millones de euros a la APM¹³ para que su Servicio Médico prestara asistencia sanitaria (excepto trasplantes de órganos) a sus asociados y familiares, así como a empleados y jubilados de dicha asociación. El Servicio Médico de la APM¹⁴, a través de sus centros concertados (Fundación Jiménez Díaz, Grupo Madrid y Quirón, entre otros centros privados), atiende a más de 12.000 personas, de las cuales unas 5.400 son asociadas de la APM y el resto son familiares de asociados y empleados. Es decir, con fondos públicos se está pagando asistencia sanitaria privada a un colectivo con pleno derecho a obtenerla del SNS. La opción por el servicio médico es de libre elección entre los miembros de la APM y optan actualmente por él aproximadamente un 70% de los mismos, lo que nuevamente da pie a la selección de riesgos, pues, en cualquier momento y a conveniencia, se puede optar por la asistencia del SNS, aunque previamente se haya elegido la del Servicio Médico de la APM. Para la prestación farmacéutica se utilizan recetas oficiales del SNS por los médicos del Servicio Médico de la APM que previamente han sido autorizados por la Comunidad de Madrid. Este tipo de convenio es muy similar al existente entre la Universidad de

Navarra y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O)¹⁵.

Mutuas profesionales de previsión social alternativas a la Seguridad Social

Diversos profesionales colegiados (abogados, notarios, ingenieros, arquitectos, etc.) con trabajo por cuenta propia como profesionales libres recibían la asistencia sanitaria para ellos y sus familias por estar afiliados libre u obligadamente a una mutua alternativa al Régimen de Autónomos de la SS. En cualquier caso, desde que el SNS no se financia por cotizaciones, sino por impuestos no tiene ningún sentido que se les niegue la asistencia sanitaria del SNS a estos profesionales que también contribuyen a su sostenimiento con el pago de impuestos. Por mandato de la LGSP, el RD 1192/2012 abrió la puerta del SNS a estos profesionales, pues a partir de entonces es compatible su afiliación a estas mutuas con la condición de «asegurado» en el SNS. Si residen en España y tienen unos ingresos anuales inferiores a 100.000 euros^t pueden solicitar la TIS al INSS.

Montepíos de funcionarios de las administraciones públicas de Navarra

Se trata de un subsistema de protección social propio de los funcionarios de las administraciones públicas de Navarra con una cobertura sanitaria muy similar a la del mutualismo administrativo en cuanto que ofrece capacidad de elección entre provisión pública o privada y prestaciones complementarias (ortoprotésicas, ópticas, auditivas y dentales) no incluidas en el SNS. En el caso de elegir la provisión privada, el acceso y pago es directo al médico (general o especialista) y al resto de profesionales sanitarios con posterior reintegro de gastos por parte de la Administración navarra según un baremo tarifario estipulado^u. Sin embargo, el copago en farmacia de receta coincide

^s La Universidad de Navarra actuó como empresa colaboradora desde 1982 hasta 2008. Tras suprimirse el subsistema de «colaboradoras», se firma este convenio mediante el cual la Universidad de Navarra recibe fondos públicos por hacerse cargo con sus propios medios (Clínica Universitaria de Navarra [CUN—]) de la asistencia sanitaria de sus empleados y familias (7.800 personas). Para la prestación farmacéutica, igual que en el convenio de la APM, se utilizan recetas oficiales del SNS por aquellos médicos de la CUN previamente autorizados por el SNS-O. Nuevamente, nada cambia. Desaparecido el subsistema de «colaboradoras», surge un «convenio» que permite que todo siga igual: fondos públicos para pagar asistencia sanitaria privada a empleados y familias con pleno derecho a obtenerla del SNS.

^t Curiosamente, la norma habla de unos ingresos inferiores a los 100.000 euros anuales en el caso del «asegurado», pero nada dice acerca de los ingresos del «beneficiario» de ese «asegurado»: otra paradoja de la «maraña legislativa» que regula el derecho de acceso a la sanidad pública en España.

^u Decreto Foral 186/2002, de 19 de agosto, por el que se actualizan las tarifas del servicio de asistencia sanitaria «uso especial» de los funcionarios de las administraciones públicas de Navarra acogidos al mismo y se introducen una serie de medidas de racionalización sobre las prestaciones de dicho servicio.

con el del SNS. El sistema se creó en 1973 e implícitamente se declaró a «extinguir» en 1992, pues a partir de entonces los funcionarios de nuevo ingreso fueron adscritos al RGSS con atención sanitaria en el SNS (SNS-O). Para los funcionarios ingresados antes de 1992 (unos 2.200 en activo y 5.000 pensionistas) y unos 5.000 familiares a su cargo, la cobertura sanitaria de este subsistema ha terminado en 2015 al ser integrado este colectivo en el SNS-O.

Instituto de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal

Se trata de un sistema propio del Ayuntamiento de Barcelona para sus empleados y familias que nace en 1950. Se adelanta así 10 años a la creación de la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL). Inicialmente el Instituto de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal (PAMEM) cuenta con un modelo de receta y oficina de farmacia propios. A partir de 1976 es posible la dispensación de su receta en cualquier farmacia de la ciudad. El PAMEM ofrece a sus afiliados la AP y la atención especializada ambulatoria en consultorios propios, y la asistencia hospitalaria y quirúrgica en los hospitales municipales (Hospital del Mar, la Esperanza y Perecamps). En 1991 se adscribe al Consorcio Sanitario de Barcelona como ente instrumental del Consorcio para la gestión de los servicios asistenciales a los funcionarios del ayuntamiento, lo que le permite utilizar también para el ingreso hospitalario la red del Consorcio y la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP). La MUNPAL se integró en el RGSS en 1993, pero la norma de integración ofreció la posibilidad de que los ayuntamientos que lo desearan pudieran seguir con su subsistema con el acuerdo de los sindicatos. Era posible continuar únicamente para el personal activo a fecha de 31 de marzo de 1993, pues a partir de esa fecha el funcionario de nuevo ingreso se integraría en el RGSS y sería atendido en el SNS (CatSalut). El Ayuntamiento de Barcelona decidió, con el acuerdo sindical, seguir con el PAMEM. El funcionario activo atendido por PAMEM no puede elegir provisión pública a través del SNS^v, obligatoriamente debe recibir asistencia en PAMEM. Pero al alcanzar la condición de pensionista sí puede elegir entre el PAMEM y el SNS (CatSalut). A partir de 2004, CatSalut asume el gasto farmacéutico de los afiliados del PAMEM, este cuenta con recetas del SNS y sus afiliados reciben la TIS de CatSalut. Entre titulares y beneficiarios, el PAMEM atiende a un colectivo aproximado de 29.000 personas. Para acceder al médico especialista se necesita una derivación del médico de familia o de un servicio de urgencias. En contra de lo que ocurre en el mutualismo administrativo, en el PAMEM no es posible el acceso directo a la consulta del especialista.

^v Servicio Catalán de la Salud. CatSalut. Excepciones para ejercer la libre elección de médico o médica, profesional de enfermería o pediatra y de centro de atención primaria.

Seguro escolar

Creado en 1953 como germen de un régimen especial de estudiantes nunca desarrollado que en sus inicios respondió de forma adecuada a las necesidades de protección de los estudiantes. El seguro escolar (SE) es actualmente obligatorio para todos los estudiantes (españoles o extranjeros residentes legales en España) matriculados en centros oficiales desde tercero de la ESO hasta el tercer ciclo universitario y, como máximo, hasta los 28 años. Cubre los riesgos de accidente escolar, enfermedad e infortunio familiar (por fallecimiento del cabeza de familia o por ruina familiar). Los servicios sanitarios son prestados por centros privados concertados con el SE. La cuota se paga con la matrícula y no se ha modificado desde hace más de 30 años, el mismo tiempo que lleva congelado el importe de sus prestaciones que han perdido por ello cualquier eficacia protectora. Se trata, pues, de un auténtico fósil del sistema protector de la SS, un subsistema residual, abandonado desde hace muchos años a su inercia, sin que se haya adaptado a la realidad de la sanidad pública española. No es razonable la duplicación de coberturas (SNS con SE), ni que su atención sanitaria no sea prestada por el SNS ni, mucho menos, que deje sin protección a la población estudiantil menor de 14 años. Si se mantiene el SE con algún componente sanitario (p.ej., para estudiantes extranjeros), su financiación debería ser destinada a los servicios de salud de las CC.AA., que actuarían de proveedores de su atención sanitaria.

Dualización sanitaria

En relación con el derecho a la asistencia sanitaria por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral con cargo a fondos públicos, ha existido y todavía existe una «dualización sanitaria» en España. Se trata de una «dualización» institucional, estructural, por ser consustancial al propio diseño de la sanidad pública que implica desigualdad no relacionada con la necesidad sanitaria en la provisión, estabilidad del aseguramiento, cartera de servicios, copago, acceso y utilización de los servicios sanitarios financiados públicamente, según grupos socioeconómicos. A grandes rasgos, entre la población española con derecho a una asistencia sanitaria financiada públicamente, encontramos dos grupos principales. Un primer grupo poblacional, mayoritario, con derecho a la asistencia sanitaria del SNS gestionada por los servicios de salud de las CC.AA. Un segundo grupo, cuantitativamente mucho menor^w pero cualitativamente muy relevante constituido por los colectivos protegidos por los subsistemas anteriormente descritos, excepto el fosilizado SE. Dichos colectivos no son una muestra representativa o aleatoria

^w El mutualismo administrativo y el subsistema de empresas colaboradoras cubrían, entre ambos, en 1994, a poco más del 8% de la población.

de la sociedad española, sino sectores sociales relativamente privilegiados con mayor nivel educativo y de renta, mayor acceso a los medios de comunicación, mayor peso e influencia política y mediática, y que no están directamente afectados ni se sienten concernidos por los problemas del SNS. Piénsese por ejemplo en jueces, secretarios judiciales, profesores de todos los niveles educativos, investigadores, cargos de la administración central, mandos de cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, oficiales de las fuerzas armadas, inspectores de trabajo y de hacienda, profesionales colegiados (arquitectos, abogados, notarios, ingenieros, etc.), periodistas, directivos y empleados de banca, seguros, etc. Esta «dualización» ha «descremado» y todavía «descrema» el SNS y su AP de los grupos sociales que más podrían influir política y mediáticamente en conseguir mejoras^x. Además de estos subsistemas, se detecta la utilización de dinero público para pagar seguros médicos privados a parlamentarios, concejales, empleados públicos de ayuntamientos e instituciones públicas, etc., y familiares a cargo, con perfecto derecho a obtener la asistencia sanitaria del SNS^y.

El «descremado sociológico» de la Atención Primaria

Este «descremado» ha sido más notable en la AP, pues estos subsistemas (mutualidades de funcionarios, empresas colaboradoras, concierto APM, etc.) conllevan una atención sanitaria ambulatoria (normalmente de provisión privada) con acceso directo al especialista y, por tanto, sin AP. De poco sirve proclamar las bondades de la AP y su papel como eje del sistema si esta solo atiende a quienes no tienen otra alternativa. Esta situación priva a la AP del mayor potencial para inducir cambios de mejora que significaría la atención sanitaria a estos grupos sociales de mayor influencia política y mediática. La AP solo tendrá los mejores niveles posibles de calidad si es efectivamente utilizada por todos los sectores sociales,

^x El «descremado de riesgos» (*cream skimming*), por paralelismo con el descremado de la leche, es una metáfora conceptual peyorativa perteneciente al ámbito del mercado de los seguros privados de salud que describe aquella actividad de las aseguradoras tendente a atraer a los clientes más sanos por menos costosos y a evitar, por el motivo contrario, a los más enfermos de modo que el coste de la carga asistencial a la que tenga que hacer frente la compañía se encuentra claramente por debajo del nivel de las primas captadas. Se trata de una auténtica selección de riesgos. En el caso que nos ocupa, la metáfora se lleva al ámbito socioeconómico («descremado sociológico»), pues los subsistemas «descreman» (privan) al SNS, y de modo especial a su AP, de prestar atención sanitaria a estos grupos sociales más influyentes.

^y Mediante revisión de noticias publicadas en la red durante los últimos años, podemos encontrar casos destacables en parlamentarios (Canarias y Comunidad Valenciana); concejales (Carboneras, Bilbao, Palma de Mallorca y Soria); empleados públicos de ayuntamientos (Marbella, Santa Cruz de Tenerife y Málaga), diputaciones (Pontevedra) y cabildos (La Gomera); miembros de organismos e instituciones públicas (Consejo Consultivo de Canarias, Juntas Generales de Álava, Banco de España, Comisión Nacional de la Energía, RTVE y el FROB).

especialmente por aquellos potencialmente más exigentes e informados y, por ello, más competentes para exigir mayor calidad y personalización en los servicios por su mayor influencia en los medios y en la política. Abogar por la integración de todos estos subsistemas en el SNS y en su primer nivel de atención, lejos de asumir como óptima la situación de la AP, pretende forzar los cambios que sin duda esta precisa.

La doble cobertura y su incentivación fiscal

Casi 10,7 millones de españoles contaban en marzo de 2015 con algún tipo de seguro de salud¹⁶. De ellos, algo más de 8,5 millones disfrutaban de un seguro de asistencia sanitaria. Casi dos de esos 8,5 millones corresponden a mutualistas de la Administración pública, mientras que la inmensa mayor parte de los 6,6 millones restantes constituyen el grupo de la «doble cobertura», formado por personas con derecho a la asistencia sanitaria del SNS que prefieren, porque pueden, disfrutar simultáneamente de las ventajas asistenciales y, en muchos casos, fiscales del aseguramiento privado. Un aseguramiento privado que mayoritariamente ofrece atención sanitaria por médicos especialistas y no por médicos de familia, generales o de cabecera. De hecho, solo el 13% de los médicos que actúan como proveedores para las compañías de seguros privados de asistencia sanitaria son médicos generales o de familia¹⁷. Por otra parte, el 30% de las consultas al médico especialista en España se realiza sin financiación pública¹⁸. No se incluye aquí, naturalmente, las consultas al médico especialista privado financiadas públicamente realizadas por los mutualistas de la Administración pública que eligen provisión privada. La población con doble cobertura se caracteriza por ser más joven, tener mejor estado de salud, menos enfermedades crónicas y discapacidades, mayor nivel educativo y de renta y efectuar más visitas al médico especialista¹⁹⁻²¹. Datos recientes como los de la Encuesta de Salud de Catalunya de 2014²², una de las CC.AA. con más prevalencia de doble cobertura (24,8% de la población general), muestran que entre la población con doble cobertura destaca la proporción de personas de clase alta (45,6%) o con estudios universitarios (44,2%). Durante las últimas décadas, los sucesivos gobiernos han incentivado fiscalmente el aseguramiento privado sin explicar demasiado a la ciudadanía la utilidad social de tal medida. Desgravó el gasto directo en asistencia sanitaria privada y en seguros privados de salud adquiridos individualmente hasta 1998. A partir de 1999 se ofrecen beneficios fiscales a las empresas que los adquieren para sus empleados y familias (seguros colectivos). A partir de 2003 desgravan los adquiridos por algunos trabajadores autónomos para sí y sus familias. Además, algunas CC.AA. desgravan también los seguros de salud individuales. Por lo tanto, en cierto modo, podemos considerar también financiación pública de la sanidad, en este caso privada, el coste fiscal que supone la pérdida de re-

caudación debida a los beneficios fiscales asociados al gasto directo en asistencia sanitaria privada o a la compra de seguros privados de salud. El coste fiscal por este motivo en 1998 ascendió a poco más de 650 millones de euros^{23,24}, una cantidad equivalente a lo que gastó ese mismo año en AP una comunidad como Andalucía. El coste fiscal en 2001 se estimó en 214 millones de euros para poco más de 1,24 millones de asegurados ese año por seguros colectivos de empresas²³. El coste fiscal actualmente sería mucho mayor, pues el número de asegurados por seguros colectivos se ha más que duplicado (2,81 millones en 2013)²⁵ y, además, se añadiría el coste fiscal de los seguros adquiridos por autónomos y el debido a la desgravación efectuada por algunas CC.AA. por la compra de seguros individuales². La desgravación fiscal del seguro privado de salud resulta difícil de sostener en la medida que existe una sanidad pública financiada por impuestos²⁶; y más insostenible sería si dicha sanidad pública fuera universal *de iure*. El menor uso del sistema público que hace la población con seguro privado²⁷ no compensa el coste de su incentivación fiscal, pues la pérdida de ingresos fiscales por la desgravación es mayor que el aumento de gasto sanitario público que produciría su ausencia²⁸.

Inequidad prorriscos en la utilización del médico especialista y propobres en la del médico general

En relación con la utilización de los servicios sanitarios, se constata un patrón diferente entre la población que dispone de cobertura sanitaria únicamente pública por el SNS, el grupo de la «doble cobertura» y el de mutualistas. Para los primeros la probabilidad de visitar al médico general es 2,8 veces mayor que la de visitar al especialista, para los segundos la razón es de 1,4 visitas al médico general por cada visita al especialista, mientras que los mutualistas muestran un patrón «invertido» al visitar un 35% más al médico especialista que al médico general¹⁹. En relación con el nivel educativo, de renta y autopercepción de salud, los dos últimos grupos (mutualistas y «doble cobertura») superan notablemente al primero¹⁹, lo que sugiere un uso inadecuado (a más salud más consultas al especialista) que algún trabajo ha comprobado²¹, confirmando que los peores riesgos se quedan en el SNS. Se ha comprobado también la existencia de una inequidad pro-

pobres en la utilización del médico general entre la población española de 50 o más años²⁹. Entre la mayor de 65 años también se detecta una inequidad propobres en la utilización del médico general y una inequidad prorriscos en la utilización del médico especialista³⁰. Y en la comparación internacional (países de la OCDE)³¹. España mostraba en el año 2000 una inequidad prorriscos en la utilización del médico especialista y una inequidad propobres en la utilización del médico general o de familia. Unos años después, en 2009, otro estudio³² que también involucraba a los países de la OCDE mostraba que la inequidad propobres en la utilización del médico general en España se mantenía, aunque algo atenuada, pero la inequidad prorriscos en la utilización del médico especialista se disparaba mostrando la tercera mayor inequidad prorriscos de todos los países estudiados en el acceso (probabilidad de visita en el último año) y la mayor de todos ellos en la frecuencia de acceso (número de visitas en el último año). Ello significa que la utilización (¿sobrecapacidad?) del médico especialista en España tiene bastante que ver, mucho más que en otros países desarrollados, con la renta del individuo y menos con la necesidad sanitaria. En el fondo, lo que ocurre en nuestra sanidad pública es una menor universalización efectiva del nivel ambulatorio en general, y de la AP en particular, que del sector hospitalario. De hecho, datos oficiales³³ muestran como en 2012 el 93,25% del gasto hospitalario en España fue público, mientras que era público apenas el 51,42% del gasto sanitario ambulatorio. Lo que explica que España muestre, en la comparación internacional, un gasto sanitario ambulatorio per cápita (en unidades monetarias comparables) de los más altos de la Europa desarrollada y un gasto hospitalario privado per cápita de los más bajos^{4,34}. Esta menor universalización efectiva de la AP en España no es más que el resultado de su «descremado sociológico», al que han conducido la «dualización» de nuestra sanidad pública y la incentivación fiscal al gasto privado en asistencia sanitaria o a la compra de seguros médicos privados durante las últimas tres décadas, sin olvidarnos de la anemia crónica inversora en AP³⁵.

Mutuas de accidente de trabajo y enfermedad profesional

En contra del mandato de la LGS (v. tabla 2), la atención sanitaria a la enfermedad profesional y el accidente laboral no se integró en el SNS y persistió fuera de su marco de actuación bajo responsabilidad de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales colaboradoras con la Seguridad Social (MATEPSS). Las MATEPSS son entidades privadas formadas por la asociación voluntaria de empresarios que, sin ánimo de lucro y debidamente autorizadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y bajo su dirección y tutela, colaboran con la SS. Esta colaboración contempla las siguientes actividades: la gestión de prestaciones económicas y de asistencia sanitaria comprendidas en la protección de las

² Conviene recordar que la introducción del copago a los pensionistas del SNS supuso en 2013 una recaudación de 503,8 millones de euros (52,9 euros por pensionista). Se debería explicar a la ciudadanía, y sobre todo a estos pensionistas, la utilidad social de incentivar fiscalmente la compra de seguros privados de salud, pues la pérdida actual de ingresos fiscales por dicha desgravación podría ser similar o incluso superar los 503,8 millones de euros recaudados a estos pensionistas a través del copago farmacéutico. ¿Recaudamos millones de euros mediante el copago de los pensionistas para ofrecer beneficios fiscales por la compra de seguros de salud a grupos sociales más jóvenes, sanos y ricos que los pensionistas?

contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como las actividades de prevención de dichas contingencias; la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, y de las prestaciones de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia; gestión de las prestaciones económicas por cese en la actividad de los trabajadores autónomos; gestión de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, así como las demás actividades de la SS que les sean atribuidas legalmente. La asistencia sanitaria abarca todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que se estimen necesarias: tratamiento médico y quirúrgico, prótesis, cirugía reparadora, prescripciones farmacéuticas, etc. Se incluyen así mismo todas las prestaciones recuperadoras que precise el accidentado, en forma de tratamiento rehabilitador y, si fuera necesario, posterior orientación y formación profesional para la readaptación laboral. En 2014 estas mutuas tenían una cobertura de 12.846.611 trabajadores con un presupuesto total adscrito al agregado de mutuas de 11.271.641,45 millones de euros, de los que un 10,9% correspondió a gasto en asistencia sanitaria³⁶. Estas mutuas interactúan directamente con el SNS, especialmente en la atención sanitaria del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional. Y es aquí en donde pueden surgir las ineficiencias e, incluso, la selección de riesgos. Así, aunque las mutuas cuentan con un importante dispositivo sanitario propio, gran parte de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales son atendidos de hecho en el SNS. En estos casos, los mecanismos de recuperación de costes no son plenamente operativos y, además, las consecuencias crónicas de los mismos difícilmente pueden ser atribuidas de por vida al accidente que las causó. En el caso de la enfermedad profesional, la recuperación de costes por el SNS es todavía más problemática, pues la no grave es difícilmente detectable o catalogable como tal enfermedad profesional y, en demasiados casos, rechazada esta catalogación por la mutua laboral, aun cuando el trabajador consulte inicialmente con el propio servicio médico de la mutua^a. En

otros casos, la enfermedad aparece cuando el trabajador ya se ha jubilado. Estas consideraciones y la escasa racionalidad y eficiencia de que la SS pague a una red sanitaria privada por la atención a los accidentes laborales y enfermedades profesionales de sus afiliados sugieren claramente la conveniencia y ventajas de integrar en el SNS la atención sanitaria a estas contingencias con su correspondiente financiación. Que las prestaciones sanitarias por accidente de trabajo y enfermedad profesional sean de naturaleza contributiva mediante cotizaciones por la empresa no es impedimento legal para que la concreta atención sanitaria en estos casos sea responsabilidad de los servicios autonómicos de salud y estos la cobren al empresario correspondiente. Esto permitiría una más intensa dedicación de las mutuas a la prevención, tan necesaria en un país con una de las mayores tasas de accidentes laborales de Europa, pese a los importantes recursos con los que cuentan las MATEPSS. Todos los trabajadores están acogidos a las mutuas, excepto los de aquellas empresas que escogen como entidad de protección a la propia SS, en cuyo caso a esta le corresponde la gestión de las prestaciones económicas y al SNS prestar la asistencia sanitaria (por la que no recibe, por cierto, ninguna contraprestación de la SS). Por otro lado, el SNS asume a todos aquellos colectivos que no tienen acceso a la protección por accidente laboral o enfermedad profesional, como es el caso de los regímenes especiales de autónomos o el de empleados de hogar^b.

Sanidad penitenciaria

Dentro del proceso de integración de los diferentes subsistemas de cobertura sanitaria pública ordenado por la LGS se encontraba expresamente el de la sanidad penitenciaria (v. tabla 2). Diecisiete años después, la LCCSNS establece, en su disposición adicional sexta, que los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las CC.AA. para su plena integración en los correspondientes Servicios autonómicos de salud. La sanidad penitenciaria da cobertura actualmente (agosto de 2015) a casi 60.000 presos. Se trata de una red asistencial paralela, pública, pero independiente del SNS y financiada por el Ministerio del Interior. Al ser un sistema ajeno por completo al SNS, se dan situaciones tan chocantes como que una persona con su régimen de cotización a la SS al corriente a todos los efectos, reciba asistencia en un hospital estando en libertad, ingrese en prisión y esa misma asistencia, cuando se realiza desde la prisión, sea facturada y cobrada por el hospital a la prisión como si de un paciente privado se tratase. Una facturación que probablemente se haga de forma impecable en contraste con los graves defectos que el Tribunal de Cuentas

^a Valga de ejemplo el caso de una cajera de supermercado diestra que consulta a su médico de familia para revisión de una baja laboral por una epicondilitis derecha. Tanto ella como su médico están convencidos de que el origen de su enfermedad es laboral y que la baja debería ser por enfermedad profesional (no por enfermedad común) y correr por cuenta de la mutua. Sin embargo, el servicio médico de la mutua, donde con criterio consultó en primer lugar la paciente, argumenta que su epicondilitis se debe a los partidos de tenis que la paciente ocasionalmente juega con su hija de 11 años algunos fines de semana. No puede jugar, como le gustaría, entre semana, debido al número de horas que pasa en un puesto de trabajo, más que las que le exige su contrato, «obligada» por la inestabilidad del mismo («Si vuelvo a la mutua insistiendo en que mi codo está enfermo por culpa de las muchas horas que echo en la caja, seguro que no me renuevan el contrato»). Casos así son muy frecuentes en la consulta del médico de familia y reflejan la ineficiencia y la selección de riesgos derivados de la dificultad que existe para que muchos de ellos puedan ser calificados de origen laboral y asumido el coste de su tratamiento y de la baja por quien corresponde.

^b Lo cual pone en evidencia las contradicciones y paradojas de un sistema de aseguramiento público fragmentado por riesgos y colectivos que no puede ser más contradictorio con el espíritu e, incluso, el textual de la letra de la LGS de 1986.

detectó en la facturación a diversos países por la atención que el SNS efectuó a sus nacionales³⁷. La atención sanitaria a los reclusos tiene características propias, pero existen sólidos argumentos (epidemiológicos, de salud pública, de racionalidad organizativa y económica y de equidad) para integrarla, con las especificidades que sean precisas, en el SNS, como bien describen la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria³⁸ y la Organización Médica Colegial³⁹. La situación actual dificulta que la asistencia sanitaria prestada en prisiones sea de la misma condición que la prestada por el SNS, lo que contradice la LGS que proclama una asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva para todos, y el Reglamento Penitenciario que indica que la asistencia sanitaria en prisiones equivaldrá a la prestada en libertad. Sin temor a errar, se puede afirmar que el colectivo de presos es el grupo social protegido por la sanidad pública española con la mayor probabilidad de infrautilización inadecuada de la atención especializada. Catalunya dispone desde 1983 de la competencia de la administración penitenciaria pero no ha sido hasta 2014 cuando se ha producido la integración de la sanidad penitenciaria catalana en el Servicio Catalán de la Salud⁴⁰. Hasta finales de 2014 los presos han sido atendidos en Catalunya por personal sanitario del Departamento de Justicia, por lo que en esa comunidad la sanidad penitenciaria, se ha mantenido durante muchos años no integrada en el SNS como la del resto del país. Sin embargo, y pese a no tener las competencias en administración penitenciaria, el País Vasco aceptó la competencia en sanidad penitenciaria en julio de 2011, mediante un sistema integrador desde un primer momento en el seno del SNS (Osakidetza)⁴¹.

Urge la universalización de iure del Sistema Nacional de Salud

Algunos gobiernos autonómicos resultantes de las elecciones autonómicas celebradas en la primavera de 2015 están desarrollando en el momento en que se redacta este texto (agosto de 2015) iniciativas para devolver el derecho a la atención sanitaria del SNS a los inmigrantes irregulares que fueron excluidos a raíz de la reforma introducida por el RD-Ley 16/2012. Estas iniciativas se plasmarán, sin duda, en nuevos textos legales que no harán más que complicar la ya de por sí enrevesada y abigarrada «maraña legislativa» que regula el derecho al acceso a la sanidad pública en España evidenciando aún más sus contradicciones y paradojas. Solo por este motivo convendría elaborar una nueva norma general sanitaria que estableciera de manera expresa la universalización de iure del derecho a la atención sanitaria de los españoles y residentes en España a través del SNS, bajo un mismo título jurídico, como derecho cívico, igual para todos, ligado a la condición de ciudadanía española o residencia (y condiciones asimiladas como, por ejemplo, la de los españoles residentes en el extranjero en sus desplazamientos tem-

porales a España). En el fondo de trata de cumplir completamente el mandato integrador de la LGS (v. tabla 2) y su vocación de construir un SNS universal. Para ello es necesario integrar todos los subsistemas públicos de protección sanitaria en el SNS gestionado por las CC.AA. En él se integraría la asistencia sanitaria de las mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), la de aquellos sistemas de protección que todavía perviven para otros grupos profesionales específicos, la atención sanitaria derivada del accidente laboral y la enfermedad profesional y la sanidad penitenciaria^c. La integración debe conllevar el traspaso de los fondos públicos que mantienen la asistencia sanitaria de esos subsistemas a un fondo único de financiación sanitaria general. Convendría crear la «Agencia del Sistema Nacional de Salud»⁴² como instrumento ejecutivo, con entidad jurídica propia, para gestionar las interacciones entre los servicios de salud autonómicos, dotar de entidad institucional al SNS y cohesionar un sistema sanitario federal en la práctica. El Ministerio de Sanidad debería constituir una base de datos única de toda la ciudadanía española (y condiciones asimiladas a ella) a los efectos del derecho a la asistencia sanitaria del SNS reconocido por el propio SNS^d mediante un documento personal y único que acredite dicho derecho en igualdad de condiciones en todo el territorio nacional, con características que permitan diferenciar la comunidad autónoma de residencia habitual. El Ministerio de Sanidad pasaría a ser entonces la única institución con capacidad para emitir la TSE. Y por último, y no por ello menos relevante, se debería eliminar toda desgravación fiscal por la compra de seguros de asistencia sanitaria privada.

Lecturas recomendadas

Areta Martínez M. Universalización de la asistencia sanitaria pública y compensación interterritorial. En: Los nuevos marcos de relaciones laborales en el renovado estado de las autonomías. [Internet]. XXI Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

^cEn el caso de que se decida la no integración del subsistema de mutualidades es necesario homologar con el SNS las prestaciones y la forma de acceso a los servicios médicos especializados. Concretamente, y para evitar selección de riesgos, habría que: a) equiparar el sistema de copago farmacéutico del mutualismo con el del SNS, y b) limitar la capacidad de elección del mutualista entre provisión privada o pública a una única vez en el momento de su incorporación al subsistema. El beneficio del médico de familia como referente del paciente también debería estar presente en el régimen mutualista por lo que se debería producir la inclusión del médico de familia como primer nivel de atención en el esquema asistencial ambulatorio de las mutualidades de funcionarios.

^dEl reconocimiento del derecho a la atención sanitaria del SNS no deja de ser una competencia ejecutiva que, como tal, debería corresponder en todo caso a los Servicios Autonómicos de Salud y su validez se exportaría a todos ellos. En el ámbito de la atención a la dependencia esta fue la solución adoptada. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, afirma en su art. 28.2: «El reconocimiento de la situación de dependencia se efectuará mediante resolución expedida por la Administración Autonómica correspondiente a la residencia del solicitante y tendrá validez en todo el territorio del Estado».

- Valencia: Tirant lo Blanch; [Internet]. 2011. págs. 893-911. Disponible en: http://www.aedtss.com/images/stories/documentos/XXI_Congreso_Barcelona/III_Ponencia_y_comunicaciones/Mara_Areta_Martnez.doc
- Beltrán Aguirre J.L. ¿Sistema Nacional de Salud o Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social? Derecho y Salud. [Internet]. 2007; 15 (Extraordinario Foro SESPAS-AJS.): 27-39. Disponible en: <http://www.ajs.es/download/attach/284>
- Cantero Martínez J.A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. [Internet]. 2014;28:351-353. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/a-vueltas-con-el-real/articulo/SO213911114001022/>
- Freire J.M. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador J.R., Oteo Ochoa L.A., editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Ariel; Barcelona 2005. pp. 61-99.
- Freire J.M. Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España. Derecho y Salud. [Internet]. 2007; 15 (Extraordinario Foro SESPAS-AJS.): 41-59. Disponible en: <http://www.ajs.es/download/attach/284>
- Lema Añón C. La titularidad del derecho a la salud en España. ¿Hacia un cambio de modelo? Revista de Bioética y Derecho. [Internet]. 2014; 3:3-16. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/10435>
- Lema Tomé M. La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. Economía. Revista en Cultura de la Legalidad. [Internet]. 2014;5:95-115. Disponible en: http://eunomia.tirant.com/wp-content/uploads/2013/10/06-Eunomia5_Lema_final.pdf
- Lomas Hernández V. De ciudadano a asegurado o el tránsito inacabado hacia la universalización de la asistencia sanitaria. Revista CESCO de derecho de consumo. [Internet]. 2013;8:42-62. Disponible en: <https://www.revista.uclm.es/index.php/cesco/issue/view/64/showToc>
- Minué Lorenzo S, García Gutiérrez J.F. ¿Ciudadanos o asegurados? ¿Es importante? AMF. [Internet]. 2012;8(8):422-423. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1049
- Pemán Gavín J.M. La culminación del proceso de descentralización de la sanidad española. El Sistema Nacional de Salud tras el cierre de las transferencias y la aplicación del nuevo sistema de financiación. En: Tornos Mas J (director). Informe Comunidades Autónomas 2001. Instituto de Derecho Público. [Internet]. Barcelona: IDP; 2002. Disponible en: http://idpbarcelona.net/docs/public/iccaa/2001/2_parte/sanidadespaola.pdf
- Pemán Gavín J. M. Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro. Revista de administración pública. [Internet]. 2001;156:101-154. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=17554>
- Rey del Castillo J., et al. Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España. Documento de trabajo 190/2015. Fundación Alternativas. [Internet]. Disponible en: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/47a0bc83a71e121bef785c7c1d13e370.pdf
- Rodríguez-Vigil Rubio J.L. Universalización y carácter gratuito de los servicios del Sistema Nacional de Salud Español. En: Rodríguez-Vigil Rubio J.L. Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del Sistema Nacional de Salud español. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2008; pp. 173-265.
- Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de trabajo 86/2006. Laboratorio de Alternativas. Fundación Alternativas. [Internet]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf>

Bibliografía

- Calidad de los servicios públicos en tiempos de austeridad. [Internet]. 2014. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. Disponible en: http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/calidad/informes/Informe_Percepcion_2014.pdf
- Freire J.M. Así en el SNS como en RTVE. Boletín Economía y Salud. 2005;18 (54):1-2. Disponible en: <http://aes.es/Publicaciones/es54.pdf>
- Freire J.M. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia. «Servicios sanitarios: ¿cuáles?, ¿para quién?, ¿cómo?». [Internet]. Valencia, 22-25 de junio de 2010. Disponible en: <http://es.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/jos-manuel-freire>
- Simó J. El «techo de cristal» de la atención primaria española. Aten Primaria. 2009;41:572-577.
- Memoria ISFAS 2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.defensa.gob.es/isfas/>
- Memoria MUFACE 2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.muface.es/>
- Memoria MUGEJU. [Internet]. Disponible en: <http://www.mugeju.es/es/>
- Perona Larraz J.L. Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica. Los funcionarios públicos prefieren la asistencia privada. [Internet]. Madrid: Ed. Círculo de la Sanidad. 2007. Disponible en: <http://www.circulodelasanidad.com/Grupo/Documents.aspx>
- Pellisé L. Regulación de la competencia en el sistema sanitario de seguros español. Captación y selección de riesgo en el modelo MUFACE. En: Política y gestión sanitaria. La agenda explícita. [Internet]. Barcelona: SG Editores; 1996. pp. 301-320. Disponible en: <http://tinyurl.com/06vy73p>
- Simó Miñana J. Copago en farmacia de receta en la sanidad pública española: certezas, riesgos y selección de riesgos. [Internet]. Aten Primaria. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.010>
- Informe de Fiscalización sobre el proceso de afiliación del personal adscrito a la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE) y su repercusión en el pago de prestaciones otorgadas por esa entidad. N° 688. [Internet]. Tribunal de Cuentas. Disponible en: http://www.tcu.es/repositorio/c7d0108a-6a29-4869-bc26-2bad4ebacbd/L_R688.html.pdf
- Pastor A.M. La Seguridad Social española, endeudada con las grandes empresas. América Económica. Semanario de información económica y financiera. [Internet]. Viernes, 15 de noviembre de 2002. Disponible en: <http://www.americaeconomica.com/numeros3/187/reportajes/ana187.htm>
- La Comunidad de Madrid destinará 9,4 millones a la Asociación de la Prensa para prestar asistencia sanitaria. Portal de la Comunidad de Madrid. [Internet]. Disponible en: <http://tinyurl.com/p6p9zgu>
- Asociación de la Prensa de Madrid. Servicio Médico. [Internet]. Disponible en: <http://www.apmadrid.es/servicio-medico/informacion/ique-es-y-como-funciona-el-servicio-medico>
- Informe de fiscalización sobre el contrato de prestación de asistencia sanitaria Universidad de Navarra - Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Cámara de Comptos. Agosto 2009. [Internet]. Disponible en: <http://camaradecomptos.navarra.es/imgx/informes/todo0924.pdf>
- ICEA. Volumen y Crecimiento de Primas, Ingresos derivados de la Actividad, Asegurados y Prestaciones de Salud. [Internet]. Periodo: Marzo 2015. Disponible en: http://www.icea.es/es-ES/informacion/delseguro/AlmacenDeDatos/Salud/2015/Total%20Salud/Asegurados,%20Primas,%20Ingresos%20y%20Prestaciones>Total%20Salud_115.xls

17. Memoria Social del Seguro Español 2007. UNESPA. Asociación Empresarial del Seguro. [Internet]. Disponible en: http://unespa.org/adjuntos/fichero_2629_20080521.pdf
18. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle M.E., Domínguez D. La asociación de los ingresos económicos con la utilización y con la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gac Sanit.* [Internet]. 2006 ;20:352-359 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n5/original2.pdf>
19. Rodríguez M, Stoyanova S. The effect of private health insurance access on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. *Health Econ.* [Internet]. 2004;13:689-703. Disponible en: <http://tinyurl.com/ocpsy62>
20. Fusté J, Sécúli E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con doble cobertura o cobertura pública de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? *Gac Sanit.* [Internet]. 2005;19:15-21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n1/original2.pdf>
21. Ordaz Sanz J.A., Murillo Fort C, Guerrero Casas F.M. Análisis empírico de la demanda de seguros privados de enfermedad en España. *Estudios de Economía Aplicada.* [Internet]. 2005;23:161-171. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/301/30123115.pdf>
22. Enquesta de salut de Catalunya 2014. Principals resultats. [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf
23. Rodríguez M, Stoyanova A. Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives. *Health Econ.* 2008;17:185-202. Disponible en: <http://tinyurl.com/qjspbqq>
24. López Casasnovas G. El nuevo tratamiento fiscal del aseguramiento sanitario privado. *Revista de Administración Sanitaria.* [Internet]. 2000;4:437-447. Disponible en: <http://tinyurl.com/qefga6a>
25. Memoria Social del Seguro Español 2014. [Internet]. UNESPA. Asociación Empresarial del Seguro. Disponible en: <http://www.unespa.es/frontend/unespa/Memoria-Social-Del-Seguro-vn2712-vst16>
26. Ortún V.A propósito del aseguramiento sanitario privado. *Aten Primaria.* [Internet]. 2011;43:457-458. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-a-proposito-del-aseguramiento-sanitario-90026686>
27. López-Nicolás A. Seguros sanitarios y gasto público en España. Un modelo de microsimulación para las políticas de gastos fiscales en sanidad. Papeles de trabajo del Instituto de Estudios Fiscales. Serie economía. Nº 12. [Internet]. 2001. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2001_12.pdf
28. López-Nicolás A, Vera-Hernández M. Are tax subsidies for private medical insurance self-financing? Evidence from a micro-simulation model. *J Health Econom.* [Internet]. 2008;27:1285-98. Disponible en: <http://repositori.upf.edu/handle/10230/823>
29. Crespo-Cebada E, Urbanos-Garrido RM. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case. *Health Policy.* [Internet]. 2012;104:193-9. Disponible en: <http://tinyurl.com/ozqyauk>
30. Aguilar I, Carrera P, Solsona S, Sartolo M.T., Rabanaque M.J. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. *Aten Primaria.* 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.016>
31. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* [Internet]. 2006;174:177-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329455/pdf/20060117s00017p177.pdf>
32. Devaux, M, De Looper M (2012). Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009, OECD Health Working Papers, N.º 58, OECD Publishing, 2012. [Internet]. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k95xd6stnxt.pdf?expires=1438278366&id=id&acname=guest&checksum=FE7B1A5CD80B84B050EEA926945451B7>
33. Sistema de Cuentas de Salud 2012. Principales resultados. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Agosto 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSPrincipalesResultados.pdf>
34. Simó J. ¿Gastamos demasiado o gastamos mal? AMF. Actualización en Medicina de Familia. 2012;8:196-204. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=961
35. Simó J, Gervas J. El gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atrayentes para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 (Supl.1):36-40.
36. Seguridad Social. Presupuestos. Ejercicio 2014. Cifras y datos. [Internet]. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/178607.pdf>
37. Resolución de 18 de diciembre de 2012, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas en relación con el Informe de fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social (BOE 72, de 25 de marzo de 2013, págs. 23154 a 23331). [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/03/25/pdfs/BOE-A-2013-3242.pdf>
38. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Propuesta de Integración en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Disponible en: <http://www.sesp.es/resp/R20/portada/inicio>
39. Documento OMC: Sanidad Penitenciaria: una discriminación para la población asistencial y para los profesionales. [Internet]. Disponible en: <http://corporativo.congresosesp.es/resp/J75/descargas/Uno/ld/174/docOmc02.pdf>
40. Resolución SLT/3468/2010, de 6 de octubre, por la que se hace pública la convocatoria por la que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud del personal sanitario del Departamento de Justicia adscrito a los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil. [Internet]. Disponible en: http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canales_interns/pdogc_resultats_fitxa/?documentId=562179&language=es_ES&action=fitxa
41. Zulaika D, Etxeandia P, Bengoa A, Caminos J, Arroyo-Cobo J.M. Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. *Rev Esp Sanid Penit.* [Internet]. 2012;14:91-98. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/315>
42. Repullo J.R., Freire J.M. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* [Internet]. 2008;22(Supl 1):118-25. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/gobernabilidad-del-sistema-nacional-salud/articulo-resumen/SO213911108760837/>