

CARLOS SUÁREZ GONZÁLEZ
Presidente de la Ponencia Abogacía
y Asistencia Sanitaria Universal

ASISTENCIA SANITARIA UNIVERSAL

PRIMERO.- INTRODUCCION

No parece discutible que constituye una opinión generalmente extendida en toda la ciudadanía que todos los ciudadanos españoles tienen derecho a una asistencia sanitaria universal y gratuita (y en determinadas condiciones también los extranjeros).E incluso probablemente es reflejo de esta consideración generalizada las palabras del que fuera Ministro de Sanidad Sr.Soria, pronunciadas en Estados Unidos en relación con la reforma proyectada por el Presidente Obama, afirmando que efectivamente en España todos los ciudadanos tienen derecho a una asistencia sanitaria universal y gratuita.

Sin embargo, esto no es exacto en la práctica, como se ha señalado en un informe del Ministerio de Sanidad y Política Social de Octubre de 2009, lo cierto es que al haberse producido las ampliaciones de la cobertura a través de la extensión de la acción protectora de la Seguridad Social, ha dado lugar al que haya poblaciones claramente cubiertas por la acción protectora, pero también otros colectivos que no están inequívocamente incluidos.

Es llegado el momento de que la Ley refleje esa convicción y lo decimos porque ya hace mas de treinta años de la entrada en vigor de la

recoge la competencia exclusiva del
económico de la Seguridad Social.

Constitución y también mas de 20 de la Ley General de Sanidad, de 25 de Abril de 1986.

Y es urgente porque en esos colectivos no incluidos, están personas de edad, y otros han fallecido, sin alcanzar esa situación equitativa e igualitaria, y se trata, de una cuestión urgente, para que esto no vuelva a pasar.

Este es el contenido de la tesis del presente trabajo que para su mejor comprensión, requiere un estudio de razones legislativas, políticas, éticas y financieras, lógicamente íntimamente ligadas entre si.

SEGUNDO .- ANTECEDENTES

a).- La evolución legislativa.

Sin pretender remontarnos excesivamente en este examen histórico, es necesario recordar que fue la beneficencia, en un primer momento a cargo de las instituciones religiosas quien prestó aquella asistencia sanitaria *individual*, a quienes carecían de recursos económicos, y esa actividad fue asumida mediante la denominada Beneficencia pública, integrándose después a través de distintas figuras que tienen como hito importante la Ley de 14 de Diciembre de 1942, en la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad, en el que son los empresarios y trabajadores, los que han de satisfacer estas necesidades de salud, de los asegurados y sus familiares.

Más tarde la Ley de Seguridad de 1966, dedica su base 6ª a la asistencia sanitaria que después se desarrollará en el texto articulado de la Ley de Seguridad Social. A partir de ese momento, se produce una unión entre la asistencia sanitaria en términos generales (no solo para los supuestos de accidentes de trabajo o enfermedades laborales).

En 1994, se aprueba el Texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, y en el mismo, ya no se incluye el capítulo dedicado a la asistencia sanitaria.

Pero un hito fundamental supone la Constitución de 1978 en la cual se distingue el Art. 41, relativo a la Seguridad Social, y el Art. 43 relativo a la salud. Sin embargo, esta novedad no supone la resolución definitiva de la cuestión, sino que marca un camino que van a recorrer las leyes posteriores.

Pero también en la Constitución, y en congruencia con la creación del denominado Estado de las Autonomías, podrá distinguirse entre lo dispuesto en el Art.148 que permite a las Comunidades Autónomas la asunción de competencias en materias de sanidad e higiene, mientras que el Estado tiene competencia exclusiva en sanidad exterior, bases y coordinación general de la Sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos, y el Art. 149 en el que se recoge la competencia exclusiva del Estado en la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social.

Los artículos de la Constitución precedentemente citados, dan lugar a una viva polémica doctrinal en la que, con la necesaria síntesis obligada en este trabajo por su finalidad, pueden resumirse en: a) la consideración de que pese a tal división, la sanidad sigue incluida dentro de la Seguridad Social como una prestación específica de la misma; b) aquellos que consideran consagrada la separación entre ambas, y c) posiciones intermedias en las que como Aparicio Tobar, (¹), consideran que la prevención constitucional no es sino el fruto del dinamismo del sistema de la Seguridad Social, de manera que el Sistema Nacional de Salud es parte fundamental del Sistema de Seguridad Social, con una especial diferencia.

Entre aquellos que interpretan los citados artículos de la Constitución en el sentido de separación de la sanidad y la seguridad social, destacaremos la posición de Marta León, (²), quien considera que la intención del legislador es separar de la Seguridad Social la Asistencia Sanitaria y crear un sistema de salud basado en el principio de universalidad, descentralizado y único, (³), por su parte Beltrán Aguirre, señala que no tiene ningún sentido que una asistencia sanitaria pública universalista y no contributiva se incluya en el sistema de Seguridad Social.

¹ La Seguridad Social y la protección de la salud". Civitas. Madrid. 1989. Pág. 199 y siguientes,

² León Alonso, Marta, "La protección constitucional de la salud", Madrid. Enero 2010.

³ Beltrán Aguirre, J.L. "Prestaciones Sanitarias y Autonomías Territoriales: Cuestiones en torno a la igualdad, derecho y salud nº1 .2002, Pág. 25

La Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986, ya establece en su exposición de motivos, que el reconocimiento del Art. 43 y 49 de la Constitución del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, implica el reconocimiento del derecho a tener las prestaciones del sistema sanitario, a todos los ciudadanos y a los residentes en España.

Pero será la Ley de 28 de Mayo de 2003 de "Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la que señale al comienzo de su exposición de motivos, y con referencia a la Ley General de Sanidad, que esta dio respuesta y desarrollo a las previsiones constitucionales estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: El carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema.

En el Art. 2º apartado d) de la precitada Ley, se refiere al aseguramiento universal y público por parte del Estado, en su Art. 3º, al referirse a los titulares de los derechos, a la protección de la salud y a la atención sanitaria, recoge que estos son todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el Art. 12 de la Ley Orgánica 4/2002, con referencia en el apartado e) a la financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.

Aunque sin valor de ley, debemos recoger aquí determinadas iniciativas parlamentarias, así, el acuerdo de consolidación y modernización del sistema nacional de salud que aprobara en su día (el 18 de Diciembre de 1997), el

Congreso de los Diputados, se refiere al derecho a la asistencia sanitaria como “Derecho publico subjetivo, personal y no contributivo garantizando el contenido del derecho de cada uno de los ciudadanos...”, con posterioridad, la Proposición no de ley del grupo parlamentario de Ezkerra Republicana-Izquierda Unidad-Iniciativa per Catalunya Verds sobre reconocimiento de la Asistencia Sanitaria de los Españoles y Extranjeros residentes, la proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, y finalmente el Pleno del Congreso de 29 de Setiembre de 2009, que acumulando las dos proposiciones, adoptó la siguiente Proposición no de ley:

“El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1º.- Presentar el informe que cuantifica la población sin asistencia sanitaria publica con la evaluación de su impacto económico, antes de final del próximo mes de Octubre, en cumplimiento del texto de la proposición no de ley aprobada por unanimidad en la comisión de sanidad y consumo sobre el mismo asunto.

2º.- Promover el reconocimiento del carácter universal y, en consecuencia, el derecho efectivo a la existencia sanitaria de los españoles y los extranjeros residentes, modificando, en su caso, al efecto las leyes generales de sanidad y seguridad social que sean precisas, entre tanto se garantice el acceso a los españoles residentes en términos de igualdad a la asistencia sanitaria del sistema nacional de salud.

3º.- Que en el plazo de seis meses de esta proposición no de ley, se remita informe expresivo de las medidas adoptadas y del grado de cumplimiento de las mismas.

Como consecuencia de ello, se elaboró el ya citado informe de cumplimiento del Ministerio de Sanidad y Política Social en Octubre de 2009, que se acompaña como Anexo de este trabajo, y que reconoce, la existencia de colectivos que no están inequívocamente incluidos en la asistencia sanitaria,

enumerando los mismos, cuantificando las personas afectadas y su coste, y elaborando un proyecto de ley.

Sin embargo, como veremos, el Proyecto de ley elude la alusión a la gratuidad, aunque ésta se desprende del resto del informe y también se omite referencia concreta a aquellas disposiciones que han de ser objeto de expresa derogación y adoleciendo también de no recoger de una manera clara la separación entre Sanidad y Seguridad Social, cuya unión, como veremos, ha sido una de las causas del retraso en el reconocimiento.

Es importante constatar que en la conclusión de este informe se dice textualmente: “Parece llegada la hora de que se logre la universalización mediante una disposición jurídica tal que el Servicio Nacional de Salud cubra de manera gratuita a los ciudadanos en los términos establecidos por la normativa que fija su cartera de servicios con excepción de la población protegida por los regímenes de mutualidades de funcionarios públicos que han optado por recibir la asistencia sanitaria a través de las entidades privadas de aseguramiento sanitario”

También hemos de destacar aquí la ley de la Comunidad Autónoma de Galicia, que reconoce el derecho a esta protección universal gratuita y el Decreto de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Serveu Catalá de la Salut.

También se observa esta recepción del derecho a la salud en el ámbito de la Unión Europea, y por citar algún texto, el Art. 35 de la carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea aprobada en el año 2.000.

b).- Aspectos éticos y políticos.

No parece correcto desde el punto de vista ético, que sólo un sector de la población quede fuera de un sistema denominado universal. Ello es evidentemente contrario al principio de igualdad.

No puede decirse que esa discriminación está justificada por una diferente capacidad adquisitiva, simplemente porque no es cierto, la inclusión en el sistema de cobertura, depende exclusivamente de algo ajeno a la prestación sanitaria, cual es la de estar integrado en el sistema de Seguridad Social, de manera que en principio se distingue entre la población afiliada a la Seguridad Social, ya sea por cuenta propia o ajena, y aquel otro sector de la población que por diferentes razones no lo está, y en este sentido, debemos recordar que según el informe del Ministerio de Sanidad y Política Social al que antes hemos hecho referencia, que los excluidos son parados no perceptores de subsidios asistenciales que puedan percibir rentas u otros recursos superiores al salario mínimo, o del doble de dicho salario si tienen hijos menores o discapacitados a su cargo, aquellas personas que no han trabajado nunca, pero que disponen de recursos suficientes, o los que no estén incluidos por alguna razón en alguno de los regimenes de la Seguridad Social, así como los que

ejercen profesiones liberales incluidos en colegios profesionales no integrados en el régimen de trabajadores autónomos, y determinados extranjeros.

Con ello, se pone de manifiesto que ni siquiera un dato atendible, cual pudiera ser el de una mayor capacidad económica, sea el criterio adoptado, pues es claro que personas afiliadas al Régimen General o al Régimen de autónomos, pueden tener una capacidad económica muy superior a los excluidos, y sin embargo, gozarían de la protección del sistema de la que aquellos quedarían excluidos.

Por otro lado, debe recordarse que hay algunos supuestos en los que en igualdad de condiciones sería preferido un extranjero a un nacional. En este sentido, partiendo de lo dispuesto en el Art. 12.2 de la Ley Orgánica 4/2000, puede darse el caso de extranjeros que se encuentren en España y que con independencia de su situación administrativa, en caso de urgencia, son beneficiarios del derecho de asistencia sanitaria, hasta la situación del alta médica. En este sentido Peman Gavin señala que en estos casos el extranjero tendría derecho a la asistencia sin ningún requisito, mientras que los ciudadanos españoles, podrán acceder a la asistencia de urgencia, pero como pacientes privados, e incluso estas circunstancias sería de aplicación a los españoles no residentes en España que se encontraran ocasionalmente en

territorio nacional. ⁽⁴⁾. Pero es que además resulta que por otras vías, como reitera el informe, se han dictado disposiciones en las que se han incorporado al sistema colectivos, como los que formaron parte de las fuerzas armadas, de orden público y cuerpo de carabineros de la -Republica durante la Guerra Civil (Ley de 22 de Octubre de 1984), o el Real-decreto de 19 de Octubre de 1981 sobre protección a los afectados por el síndrome toxico, o el Real-decreto de 10 de Julio de 1992, sobre regulación de determinadas pensiones extraordinarias causadas por actos de terrorismo, o las ampliaciones de la acción protectora de la Seguridad Social en materia sanitaria, (Real-decreto de 30 de Diciembre de 1987), etc. incurriéndose también en alguna contradicción respecto de los titulares del derecho y sus beneficiarios, entre la Ley General de Seguridad Social y la Ley General de Sanidad, que reconoce legitimación en vía jurisdiccional, no solo a los titulares, sino al amparo del Art. 1º, a todos los españoles y extranjeros con residencia en territorio nacional.

Es verdad que las personas que carecen de medios económicos dentro de los límites anteriormente citados, tienen acceso gratuito a la sanidad, pero el problema reside en aquellos, especialmente jubilados, que aun superando dicho umbral, tienen al final de su vida que dedicar una parte cuantiosa de sus rentas, normalmente disminuidas, a las prestaciones sanitarias de pago. Con toda

⁴ Peman Gavin, "La configuración de las prestaciones sanitarias publicas: cuestiones abiertas y retos pendientes", Derecho y Salud, Volumen II. Nº 10. Pág., 118, Nota 4ª" (citado por Marta León Alonso en su obra citada. Pág. 359).

probabilidad, se incide (además de su escasísima repercusión económica para el estado y las comunidades autónomas), sobre las clases medias, o por lo menos sobre una importantísima parte de las mismas.

c).- Las razones financieras

Debe tenerse muy en cuenta que los gastos de las prestaciones sanitarias, en la medida en que eran sufragadas con cargo a las cotizaciones de la Seguridad Social, podían quedar reservadas a aquellos que realizaban dicha aportación.

No obstante, a partir de los conocidos como Pacto de Toledo, que aprobó el Pleno del Congreso de Diputados el 6 de Abril de 1995, la financiación de las prestaciones contributivas depende fundamentalmente de las cotizaciones de la Seguridad Social, mientras que las prestaciones no contributivas y universales se financiaran por los impuestos que satisfacen no solo empresarios y trabajadores, sin toda la población.

Consecuencia de dicho pacto es la ya citada Ley de 15 de Julio de 1997 sobre consolidación y racionalización del sistema. No tiene ningún sentido que la única consecuencia haya sido la diversidad de financiación y no la universalización de las prestaciones financiadas con esos impuestos que tienen también carácter universal.

Por otro lado, como señala el tantas veces aludido informe del Ministerio de Sanidad, resulta discutible que un asegurado vaya a cambiar su pauta de uso del sistema sanitario por la mera extensión del derecho y, por otro lado, ya se financia públicamente en su mayor parte el uso de los servicios sanitarios públicos, teniendo también en cuenta que más del 75% de los ingresos hospitalarios se producen por la vía del servicio de urgencia pues es cierto que las cantidades facturadas a privados individuales son insignificantes por lo que la facturación solo se realiza en caso de existir un tercero obligado de tipo institucional.

Es decir, parece correcto que puedan resarcirse del gasto con cargo a un patrimonio responsable (entidad aseguradora), pero no respecto de aquellos ciudadanos nacionales o extranjeros con derecho a dicha prestación sanitaria -salvo discriminación intolerable- que contribuyen al sostenimiento del sistema con sus impuestos.

En forma particular, si sus prestaciones de seguridad sociales las tienen lícitamente concertadas de otro modo, pues en tal caso, habrían de satisfacer privadamente los costos para la obtención de las prestaciones de Seguridad Social, al igual que los empresarios y trabajadores, pero a su vez estarían contribuyendo a incrementar la partida de Seguridad Social, en beneficio de otros.

TERCERO.- Desvinculación entre la asistencia sanitaria y la Seguridad Social y competencia de las Comunidades Autónomas en materia de Sanidad.

Dos son finalmente las cuestiones que han de abordarse:

La primera es la desvinculación definitiva de la asistencia sanitaria pública y la seguridad social, pues como señaló en una de sus conclusiones el 10º Congreso sobre Derecho Civil celebrado el año 2002 en Palma de Mallorca; *“no tiene ningún sentido que una asistencia sanitaria pública que se predica universalista y no contributiva, a la que, por tanto, se tiene derecho por el simple hecho de ser ciudadano, se vincule a la Seguridad Social, que sigue siendo un sistema esencialmente contributivo y no universalista.*

Se trata de construir el sistema nacional de salud que se conforma como un sistema sanitario integral e integrado” (5)

Y la segunda es la cuestión de las competencias de las Comunidades autónomas en la materia de sanidad.

A).- Asistencia Sanitaria y seguridad Social

En nuestro sistema, incluso actual, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, corresponde a la seguridad social. Solo a través de este reconocimiento puede expedirse, por las administraciones sanitarias, la tarjeta

⁵ León Alonso, Marta “La protección.....ob. cit. Pág. 331

sanitaria, e incluso, la cuestión resulta todavía mas grave, cuando por ejemplo en el País Vasco, esa tarjeta sanitaria ofrece prestaciones extrasanitarias, de relación con otras administraciones, y solo pueden acceder a ella los que pertenecen a un régimen de la seguridad social, y es la Dirección Provincial de la Seguridad Social, la que, en cada momento, reconoce (o deniega), esa asistencia, y a su vez ello le impide al ciudadano al que se le ha denegado obtener la tarjeta sanitaria, incluso disfrutar por tanto de otras ventajas inherentes a dicha tarjeta además de la prestación puramente sanitaria.

Pero ello, por la perversión del sistema se producen supuestos de mayor injusticia, y así en la cobertura de asistencia sanitaria para personas beneficiarias de una beca otorgada por la agencia de gestión de ayudas universitarias y de investigación, se exige para dicha asistencia sanitaria del becario, acreditar la situación de afiliación a la Seguridad Social, como titular o beneficiario, o no disponer de mas ingresos que los recibidos de la propia beca.

En principio, es fácil imaginar que si no se es beneficiario, (dado el acceso de estos becarios mayoritariamente en su edad juvenil previa a su posible inclusión en la Seguridad Social), carecerán de ese derecho a la asistencia sanitaria a diferencia de otros becarios cuyos padres, por ejemplo, estaban afiliados a la Seguridad Social.

Como ha señalado Marta León, no se entiende muy bien porqué sigue siendo el Instituto Nacional de la Seguridad Social, entidad gestora que

forma parte de la estructura del Ministerio de Trabajo, el órgano que otorga o deniega el derecho a la asistencia sanitaria.

De ahí que esta sea una cuestión que debe abordarse para resolver lo que no solo es una incongruencia, sino una injusticia. Porque hemos de recordar una vez más, que el criterio de disponer de recursos económicos en relación con la asistencia sanitaria, es el salario mínimo interprofesional.

Como hemos señalado anteriormente, en la historia de la asistencia sanitaria, ésta venía prestada en el seno de la Seguridad Social, de modo que el núcleo fundamental de beneficiarios eran los trabajadores, los pensionistas y sus familiares (sin perjuicio de ulteriores ampliación concretas que se han producido y a las que nos hemos referido más adelante).

Recordemos la ya referida circunstancia de distinguir en la Constitución (título 1 capítulo III), los Arts. 41 relativo a la Seguridad Social y el Art. 43 relativo a la protección de la salud, y también la distinción entre los Arts. 148 y 149 relativos a la estructura competencial del Estado y de las Comunidades Autónomas, tal como más arriba hemos expuesto.

Esta circunstancia determina como ya hemos indicado, distintas posiciones.

No puede negarse que la aparición de la Ley General de Sanidad, supone un paso adelante en pro de las tesis de separación de la Seguridad Social y la Asistencia Sanitaria, pero ciertamente no puede calificarse de definitiva, pues incluso a veces, en el texto de la propia ley, se habla de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Ello puede hacernos pensar que la Ley General de Sanidad, es un primer paso que anuncia un futuro de separación que se producirá paulatinamente, debiéndose tener en cuenta el fenómeno, al que luego aludiremos, respecto de la organización autonómica del Estado y su incidencia en estas cuestiones.

Es extraordinariamente significativa en esta cuestión, la opinión de Alonso Olea, en su libro "Instituciones de Seguridad Social" ha visto modificada la nomenclatura, en su primera edición recogía el término: "Las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social", y en su segunda, cinco años después, nos habla de "Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud", pero además manifiesta su rotunda opinión en cinco razones que apoyan la idea de la distinción entre asistencia sanitaria y seguridad social, a saber:

- 1º.- El tenor de los Arts. 41 y 43 de la Constitución Española.
- 2º.- La promulgación de la Ley General de Sanidad.
- 3º.- La exclusión de la asistencia sanitaria de la refundición de la Ley General de Seguridad Social de 1994.

4º.- La pérdida de competencias en la materia del antiguo Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a favor del de Sanidad y Consumo, (hoy de Política Social).

5º.- La desvinculación financiera de la asistencia sanitaria respecto de la seguridad social.

No obstante esta preferencia por el modelo de asistencia fuera de la Seguridad Social, no se ha manifestado en una ordenación legal que lo recoja de forma inequívoca, y así, pese a las declaraciones de origen de la Ley de Sanidad y otras normas, lo cierto es que todavía se consideran en vigor, normas de la seguridad social en aspectos referidos a ámbito de aplicación, condiciones de afiliación y alta, o nacimiento del derecho, que como señala ⁽⁶⁾ Montoya Melgar, hoy carecen de sentido dada la universalidad protectora que consagró la Ley General de Sanidad, y además no tiene justificación, ya que las prestaciones no se verifican por la Seguridad Social, sino por los organismos de salud de las Comunidades Autónomas.

Como ya hemos señalado el Pacto de Toledo determinó una clara separación financiera, de manera que las prestaciones sanitarias se satisfacen con cargo a los presupuestos del Estado, lo que es perfectamente congruente con su carácter de universalidad y, por tanto, siguiendo esa misma congruencia,

⁶ “La Ley 16/2003, de 28 de Mayo y la evolución de la asistencia sanitaria desde la Seguridad Social hasta el Sistema de Salud” X Congreso de Derecho Sanitario. Fundación Mapfre. Pág. 192”.

las prestaciones de sanidad deben ser universales y gratuitas para toda la población.

No faltaron quienes consideraban que la competencia de las Comunidades autónomas podía incidir negativamente, (y con ello ya adelantamos aspectos del tema que nos ocupa a continuación); el riesgo que esa separación podría causar es que el Estado tuviera un papel meramente coordinador, y que fuera tal coordinación insuficiente pudiendo resentirse el principio de igualdad al que luego nos referiremos.

El segundo es que se pudiera producir un fraccionamiento financiero en las comunidades Autónomas, imposible de sostener, pero ya la Ley Orgánica de financiación de las comunidades autónomas de 1980, apoyó un modelo de salud territorialmente solidario y respetuoso con la Constitución, recogiendo los principios de solidaridad interterritorial, suficiencia de recursos, y lealtad constitucional, proclamando el deber del Estado de garantizar en todo el territorio nacional el nivel mínimo de los servicios públicos fundamentales incluyendo de forma expresa a la sanidad.

Una cuestión que se ha planteado también de forma específica y que, en cierto modo sigue siendo una de las razones que han impedido la universalización de la atención sanitaria, es el relativo al patrimonio de la seguridad social. En este sentido, la transferencia de los bienes de la Seguridad Social a las Comunidades autónomas hubiera constituido, en

expresión de Mijares García-Pelayo, una expropiación sin justiprecio y ello determinaría consecuencias muy graves para la subsistencia del sistema de Seguridad Social.

No obstante Francisco Sevilla ⁽⁷⁾ considera, en criterio que compartimos, que la situación actual de transferencia a todas las comunidades autónomas, algunas con mas de 20º años con plenas competencias, hace pensar como lógica la opción de unir el uso y disfrute de los bienes a su titularidad, tanto más que el patrimonio adscrito a las comunidades autónomas ha sido enriquecido con patrimonio propio de éstas, muchas veces ejecutado en terrenos adscritos, lo que haría imposible deslindar en la practica el titular real de muchos de los bienes, y, continua diciendo, que lo mismo puede decirse en relación con el patrimonio constituido por el antiguo INSALUD desde 1989 en que se modificó la financiación de la asistencia sanitaria de la seguridad social, de forma que los presupuestos ejecutados por una entidad gestora de la Seguridad Social han sido financiados con cargo a los presupuestos generales del Estado en terrenos muchas veces cedidos por otras Administraciones.

Además, el patrimonio adscrito a las comunidades tiene todas las características de irreversibilidad y, por tanto, el carácter indefinido de la adscripción hace que los bienes cedidos careciesen de valor de realización para la Seguridad Social y, de alguna manera, la contabilidad del sistema de la

⁷ “Informe sobre la universalización de la atención sanitaria, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2006”

Seguridad Social no reflejaría, en la práctica, la imagen fiel del patrimonio. Además, la plena disponibilidad para las Comunidades Autónomas de los bienes supondría un importante activo, que se configura como un elemento a considerar en las negociaciones sobre el cambio de modelo de financiación, y pueden establecerse distintos elementos de cautela, tales como que la autorización previa esté condicionada a la creación de un nuevo activo de uso sanitario, con al menos el mismo valor de utilidad del que se pretende enajenar.

Finalmente el patrimonio que pasase a ser de utilidad de las comunidades autónomas, es un patrimonio de todos, cuyo uso debe estar garantizado para todos los beneficiarios del Sistema Nacional de Salud, existiendo la obligación legal de mantenerlo en perfecto estado y solo sería posible su enajenación en el caso de sustitución con las garantías indicadas.

De ello se desprende que este traspaso, no es en rigor una expropiación sin justiprecio, por el propio origen de los bienes y por el destino de ellos, sin perjuicio de las cautelas correspondientes.

Como señala Marta León Alonso, ⁽⁸⁾ a pesar del reconocimiento expreso del principio de universalidad que debe informar el acceso a los servicios públicos de salud, las normas que establecen qué personas tienen derecho a la asistencia sanitaria se siguen inspirando en el tradicional principio contributivo y en principios de índole asistencial.

⁸ "La protección", ob. cit, Pág. 367"

Y tal criterio lo comparten muchos autores, entre ellos, Peman Gavin, citado por Marta León en la obra referida, que considera inaceptable una normativa que complica la gestión administrativa, que no alcanza el objetivo de la universalización de la asistencia sanitaria, con el consiguiente incumplimiento del mandato que se deriva de la Constitución, y que consagra la Ley General de Sanidad; una normativa que genera una situación incongruente con el sistema de financiación, pues no tiene sentido que haya un colectivo que no se beneficie de los servicios públicos de salud y que se mantengan en pie las reglas basadas en el principio contributivo, junto a reglas vinculadas a las ideas de beneficencia y de protección de grupos específicos. El derecho a la asistencia sanitaria, es universal, pero solo en cuanto al acceso y no en cuanto a la gratuidad. En un sistema sufragado a través de impuestos debería reconocerse a todos el derecho a beneficiarse del mismo. Por ello la solución es **la consagración legal del derecho de asistencia sanitaria a todas las personas residentes en España con efectos derogatorios de toda la legislación actualmente en vigor.**

En este sentido el paso más importante, por lo menos de mayor claridad hasta ahora, ha sido la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud de 2003 sobre todo cuando señala quiénes son los titulares del derecho, enumeración que excluye todo condicionante respecto de afiliación o incluso de carencia de recursos económicos. Sin embargo la citada ley ha adolecido de cierta timidez cuando no ha derogado de forma expresa todas aquellas normas

a las que se refería Peman Gavin, ya que el efecto derogatorio es, en este punto, extraordinariamente importante, pues nos encontramos con una maraña de disposiciones arrastradas de los precedentes históricos, y no formuladas con la debida claridad, con una terminología ambivalente, en algún caso, con contradicciones.

Sin embargo, como continua diciendo Marta León, el sistema se ha ido adaptando al decurso histórico. El principio de universalidad ha generado un fenómeno expansivo que ha permitido a la institución adecuarse a la nueva imagen que de ella se ha formulado el conjunto de la ciudadanía.

En efecto, como decíamos al comienzo de este artículo, la inmensa mayoría de los ciudadanos cree que nos encontramos ante un sistema de atención sanitaria universal y gratuita, y vemos que no es así en absoluto. La idea es, por tanto, que la institución se adecue a esa impresión que la ciudadanía ha obtenido, no de forma inexplicable o gratuita, sino que así resultaba de las declaraciones constitucionales y de su desarrollo posterior, y hemos podido pasar a una situación inicial en que la asistencia era solo para trabajadores y sus familiares y, hoy lo es, para la inmensa mayoría de la población y debe serlo también para la totalidad de dicha población, pero para ello, es necesario una norma legislativa sin tibieza derogatoria y con absoluta claridad en la formulación, incluso más allá del proyecto recogido en el informe del Ministerio de Sanidad, y en tal derogación, deben incluirse artículos de la Ley General de Sanidad como el 16, el 79 o el 80.

La gratuidad debe figurar como regla absolutamente general, sin perjuicio de que en determinados supuestos ya apuntados tales como la existencia de una entidad aseguradora responsable, etc. pueda repercutirse el correspondiente gasto, porque no puede hablarse de una prestación universal, cuando unos deben pagarla y otros no, ya que sería tanto como decir que se garantiza el acceso a cualquier bien con tal de que se tenga dinero para pagarlo, y porque la base de considerar la Sanidad como la prestación pública fundamental, está en su propio concepto y en su relación con la dignidad de la persona.

En un sentido parecido, Francisco Sevilla en su artículo citado, (⁹), nos recuerda que la universalización no se ha producido de derecho y que la creación del Servicio Nacional de Salud se ha superpuesto a la Seguridad Social, dando lugar a un sistema muy complejo. El proceso de integración de los diferentes subsistemas de protección sanitaria pública en el Servicio Nacional de Salud, previsto en la Ley General de Sanidad, no se ha realizado, y entre las medidas que propugna para continuar adelante en el proceso requerido por las leyes está la siguiente: Integrar a todos los colectivos que actualmente tienen cobertura en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, en un único colectivo. Para ello, dado el rango de las normas que amplían la cobertura de los diferentes colectivos o que no les obligan a ello, caso de los

⁹ Pág. 46 y siguientes.

Colegios profesionales en determinadas circunstancias, bastaría con el simple precepto legal y una norma básica del desarrollo.

La integración de aquellos colectivos, que actualmente carecen de cobertura sanitaria con financiación pública, sería automática. Los ciudadanos afectados serían aquellos que nunca han sido integrados en ninguno de los regímenes de la Seguridad Social, como los profesionales colegiados pertenecientes a Colegios profesionales que mantienen sus propios instrumentos de protección social, o aquellas personas individuales que no pertenecen a ningún colectivo de los incluidos en la acción protectora de la Seguridad Social, básicamente aquellos con un nivel de rentas económicas suficiente que nunca han cotizado a la Seguridad Social. El coste puede ser asumido por los actuales servicios de salud, sin generar tensiones importantes, primero, porque al ser la financiación autonómica, y construida bajo la premisa de la universalización, ya están incluidos en el reparto; segundo, porque su número es muy exiguo, y tercero, porque ya hacen uso de los servicios públicos cuando lo consideran necesario. De hecho el problema mayor de estos ciudadanos es recibir la factura correspondiente a la asistencia sanitaria en un centro público y la necesidad de un procedimiento de exoneración para evitar el pago.

Así se evitará que algunos ciudadanos tengan que pagar doblemente un mismo servicio: Por un lado con sus impuestos, y recordemos que tienen un nivel de rentas económicas suficiente y por lo tanto realizarán aportación impositiva para contribuir al pago de los gastos de sanidad y, por otro lado, el

pago del servicio concreto que utiliza, siendo así que los demás pagan impuestos, pero no están obligados a pagar el gasto sanitario, pues otras aportaciones no sufragan la sanidad, sino las prestaciones de la Seguridad Social.

B).- La distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia sanitaria.

Los Arts. 148 y 149 de la Constitución Española, ya comentados, se refieren a las competencias autonómicas en materia de Salud y de Seguridad Social y, a partir de los mismos, la Ley General de Sanidad establece en su exposición de motivos, que el Sistema Nacional de Salud se concibe como el conjunto de servicios de salud de las comunidades autónomas, convenientemente coordinados, previendo que (Art. 50), en cada Comunidad Autónoma, se constituirá un Servicio de Salud que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

Los referidos Arts. 148 y 149 han sido objeto, por lo que respecta a la Sanidad, de diversas consideraciones por la doctrina, especialmente en la distinción de la sanidad general frente a la sanidad individual o asistencia sanitaria individual, extremo este último al que nos ceñiremos por razón de la finalidad de este informe.

En este punto, la Constitución distingue tres competencias exclusivas del Estado, cuales son; la fijación de las bases, la coordinación general y la

legislación sobre productos farmacéuticos, y a las Comunidades les corresponde, de acuerdo con la Constitución y sus respectivos Estatutos de autonomía, el desarrollo legislativo y la ejecución de la normativa estatal.

Respecto de las bases parece que deben considerarse como tales aspectos que, por razones de interés general, se consideran esenciales, y a su vez por ello exigen un tratamiento común en todo el Estado.

Por lo que respecta a la coordinación, las sentencias del Tribunal Constitucional de 28 de Abril de 1983 y de 20 de Mayo del mismo año, así como la de 27 de Febrero de 1987, consideran que persiguen la integración de los subsistemas en un conjunto o sistema evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que impedirían o dificultarían la realidad misma del sistema.

Entre otros instrumentos de dicha coordinación se crea un órgano de carácter colegiado, denominado el Consejo Interterritorial de Salud, previsto inicialmente en la Ley General de Sanidad, del que hay que reconocer que su función coordinadora ha sido desigual, aún cuando en fechas muy recientes, en el pasado mes de Marzo de 2010, el Consejo prevé, entre otras cosas, la actuación dirigida a la universalización efectiva de la asistencia sanitaria individual en la misma línea que le informe del Ministerio de Sanidad al que hemos hecho reiterada referencia.

Como hemos visto, la Ley General de Sanidad no establece las competencias de las Comunidades Autónomas al respecto, sino que se remite a sus Estatutos de Autonomía, por ello, se observa también aquí una evolución, ya que mientras los Estatutos de las denominadas Comunidades Autónomas históricas optaron por hablar de sanidad interior, con independencia de la referencia a la Seguridad Social, en los demás Estatutos no se hace esta separación expresa, sino que siguen utilizándose expresiones relativas a la Sanidad, relacionadas con la Seguridad Social, y así se habla de “Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social”.

Sin embargo cuando los parlamentos autonómicos desarrollan la legislación básica sobre la asistencia individual, no utilizan esta expresión, sino que se refieren a los preceptos relativos a la Sanidad interior, alineándose pues con la legislación estatal de separación de Sanidad y Seguridad Social, y en este sentido, a partir de Enero de 2002, con la transferencia de los servicios, centros y funciones del INSALUD a los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, las posteriores reformas estatutarias recogen ya, de un modo u otro, las condiciones de igualdad y gratuidad de los servicios sanitarios; así en la Ley Orgánica de 19 de Julio de 2006 de reforma del Estatuto de Cataluña, se habla de forma expresa del derecho de todas las personas a acceder en condiciones de igualdad y gratuidad; en la Reforma del Estatuto de Autonomía de las Islas Baleares de 28 de Febrero de 2007, se habla de un sistema de salud de carácter universal; la Reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón de 20 de Abril de 2007, se reconoce el derecho de todas las personas

a acceder a los servicios públicos de salud en condiciones de igualdad, universalidad y calidad; en la Reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, de 30 de Noviembre de 2007, se recoge el derecho de todas las personas a la protección integral de su salud y el acceso a los servicios sanitarios de la Comunidad a los ciudadanos de Castilla y León en condiciones de igualdad en los términos que la Ley determine, con lo que en este proceso de reformas, con claridad, se suprimen los términos de referencia, a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (con la excepción del Estatuto Aragonés).

Es cierto que una de las tensiones que produce la propia existencia del estado de las autonomías y la distribución competencial, es la exigencia de una igualdad básica.

En este sentido, y por lo que respecta a la Sanidad, la idea es que se establezca un derecho mínimo a la asistencia sanitaria a todos en el ámbito del Estado español, y las Comunidades, habrán de hacer efectivo ese contenido mínimo.

Pero no puede hablarse de contenido mínimo e igualdad si con carácter previo una parte, por pequeña que sea, de los ciudadanos carece de ese derecho a la asistencia sanitaria individual.

De manera que establecido en el Estado ese principio de igualdad, no podrá ser transgredido por las Comunidades Autónomas, dicho de otro modo,

la legislación de una comunidad autónoma en particular no podrá privar a ninguno de los ciudadanos del derecho a la asistencia sanitaria gratuita universal.

Otra cuestión, de extraordinaria importancia en esta relación Estado-Comunidades Autónomas, es la financiación, (sin perjuicio de aquellas comunidades con especialidad derivada del concierto económico), y en este sentido interesa destacar aquí el Art. 15 de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas al señalar que el Estado ha de garantizar en todo el territorio español el nivel mínimo de los servicios públicos fundamentales de su competencia, considerando como tales la educación y la sanidad, que son, como señaló el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas, uno de los sectores sobre el que nadie discute su carácter de servicios fundamentales, estableciendo incluso índices correctores en relación con la población, los aumentos que puedan producirse, y ponderando también la edad.

No cabe duda que, como señala Marta León en su obra citada, Pág. 495, las medidas de financiación permitirán asegurar el estatuto jurídico básico del derecho a la asistencia sanitaria en todo el Estado cumpliendo, de este modo, con el mandato constitucional.

Una de las cuestiones de importancia, respecto de la organización sanitaria a través de las Comunidades Autónomas, es la asistencia sanitaria a

quienes tuvieran su vecindad en alguna de estas Comunidades respecto de la atención sanitaria que por determinadas razones hayan de recibir en otra comunidad distinta; pero precisamente para ello, se establecen también las adecuadas medidas financieras que permitan esta atención, ya que de otro modo, no se cumpliría ese principio de igualdad.

La organización autonómica del Estado en materia de sanidad, ni dificulta el principio de universalidad y gratuidad según lo más arriba expuesto, sino que, por el contrario, constituye, dentro de nuestro ordenamiento jurídico, una exigencia de carácter también universal.

CUARTO.- El concepto de derecho social.-

Es cierto que nuestra Constitución distingue entre los derechos fundamentales, en sentido estricto, de los denominados derechos sociales o principios rectores, pero estos principios no pueden quedar reducidos a una mera declaración programática.

Pensemos el descrédito unánime respecto de las leyes fundamentales preconstitucionales, que recogieron en su día, entre otros, proclamaciones relativas a la sanidad que quedaron exclusivamente reducidas a declaraciones programáticas.

Estos derechos sociales, y en especial la educación, que, como hemos visto, unánimemente se consideran como un servicio fundamental, constituyen auténticos mandatos constitucionales, y ello supone que los poderes públicos están obligados por dicho mandato, y no es admisible su inactividad al respecto.

Pero es que además, es obvio que estos mandatos constitucionales constituyen uno de los principios fundamentales del derecho, y éstos tienen no solo -lo que es extraordinariamente importante- un valor interpretativo, sino un valor informativo del ordenamiento jurídico, de tal manera que aquellas normas jurídicas contrarias a los mismos, deben ser expulsadas de dicho ordenamiento.

QUINTO.- Conclusión

Como señalábamos al principio, el camino para la asistencia sanitaria universal y gratuita de los ciudadanos no ha sido sencillo; por las razones que han quedado expuestas; sin embargo es forzoso reconocer que el camino, con pequeñas excepciones, ha venido evolucionando en una misma dirección. En el presente caso se hace necesario, según lo expuesto, la aprobación de una ley que consagre, de una manera clara y definitiva, ese derecho para evitar que queden fuera de esa asistencia sanitaria una parte de la población. Esa ley debe sin duda afrontar también de manera clara la derogación de aquellos preceptos que pudieran parecer contradictorios, por

ejemplo, los citados Arts. 16, 79 y 80, de la Ley General de Sanidad, y cualesquiera otros que puedan oponerse a la universalidad gratuita de la asistencia sanitaria.

Por otro lado, en el retornable camino de separación entre Sanidad y Seguridad Social, carece de sentido que el documento que acredita el derecho a esa prestación sea expedido por la Seguridad Social, o informado previamente, pues precisamente esa independencia determina que es a la Sanidad a quien corresponde esa expedición, que constituye el título formal para disfrutar del derecho, y además en función de tal universalidad, será posible utilizar la "tarjeta sanitaria" para otras relaciones con el Estado o con las Comunidades Autónomas, precisamente por ese carácter de universalidad.

Como señalábamos al principio, la cuestión es urgente, porque probablemente quienes mas necesitan de la asistencia sanitaria son las personas de mayor edad, mas próximas lógicamente al final de su vida, porque han transcurrido mas de treinta años desde la aprobación de la Constitución y veinte desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, porque en la Proposición no de ley, el plazo que se establece es de seis meses, que ya han transcurrido.

Es precisa la inmediata aprobación de una ley en ese sentido, ley que entiendo debe ser aprobada por el Parlamento del Estado, en virtud de los

principios de coordinación a los que antes hemos hecho alusión y cuya ejecución y desarrollo corresponda a las Comunidades Autónomas.

No olvidemos que la última reunión del Consejo Interterritorial ya ha establecido este principio, lo que facilita, aun mas si cabe, la adopción de esa decisión no solo cuanto antes, sino con carácter de urgencia.

Fdo: Carlos Suárez González

*Coordinador de la Ponencia Mixta
Consejo General de la Abogacía-Mutualidad General de la Abogacía en
materia de sanidad sobre asistencia sanitaria gratuita universal.*

ANEXO: BIBLIOGRAFIA

INDICE

BIBLIOGRAFIA

ALONSO OLEA, M.- *“Las prestaciones del sistema nacional de salud”*. Civitas.

APARICIO TOBAR, J., *“La Seguridad Social y la protección de la salud”*. Civitas.
Madrid. 1989.

APARICIO TOBAR, J.- *“El derecho a la protección de la salud. El derecho a la asistencia sanitaria”*. Obra colectiva. Comentario a la Constitución Socio-económica de España. Madrid. 2002.Pág. 1553 a 1565.

BEATO ESPEJO, M.- *“El sistema sanitario español: Su configuración en la Ley General de Sanidad”*. Revista de Administración Publica, Nº 119. 1989. Pág. 379 y 418 y Nº 120. Pág.. 381 a 400.

BEATO ESPEJO, M.- *“Derecho de los usuarios y del sistema sanitario a los diez años de la aprobación de la Ley General de Sanidad”*. Revista de Administración Pública. Nº 141. (1996, Pág.. 25 y siguientes).

BELTRAN AGUIRRE, J.L.- *“La incidencia de la actividad administrativa sanitaria en los derechos y libertades fundamentales de las personas”*. Revista básica de Administración Publica. Nº 6. 1983.Pág.. 155 y siguientes.

BELTRAN AGUIRRE, J.L., *"Prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud"*.
Aspectos jurídicos. Derecho y Salud. Volumen II. Nº 2. 1994. Pág.. 91 y ss.

BELTRAN AGUIRRE, J.L., *"La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial:
Fundamentos del sistema nacional de salud. Derecho y Salud. Volumen X. Nº 2. 2002.
Pág.. 125 y ss.*

BENAVIDES, F.G. *"La salud laboral en España: Propuestas para avanzar,
fundación alternativa, documento de trabajo. 26/2003.*

BLASCO LAHOZ, J.F., *"El sistema nacional de salud y la ordenación de los servicios
sanitarios. Aranzadi Social. Nº 5. Pág.. 955 y ss. (2001).*

BORRAJO DACRUZ, E., *"Comentario al Art. 43 de la Constitución en Comentarios a
las leyes políticas. Tomo IV. Edersa. Madrid. 1983. Pág.. 149 y ss.*

CANTERO MARTINEZ, J., *"La configuración legal y jurisprudencial del derecho
constitucional a la protección de la salud"*. *Revista básica de Administración Pública.*
Nº 80. Pág.. 15 y ss. (2008).

CAZORLA PRIETO, L.M., *"Comentario al Art. 43.3 CE en comentarios a la
Constitución. Civitas. Madrid. 1980.*

COBREROS MENDAZONA, E., *“La Coordinación sanitaria estatal y las Comunidades Autónomas, documentación administrativa. Nº 230-231. Pág.. 297 y ss. 1992.*

CRUZ PEREZ, D., *“La posición del usuario frente a la actividad del servicio público: Especial atención a los servicios sanitarios, Derecho y Salud. Nº 1. 1998. Pág.. 3 y ss.*

FREIRE, J.M., *“Cobertura sanitaria y equidad en España. 1º Simposio sobre igualdad y distribución de la riqueza. Fundación Argentaria. 1993.*

GARRIDO CUENCA, N.M., *“Sanidad, salud pública y farmacia en reformas estatutarias y distribución de competencias. (Obra colectiva). Instituto Andaluz de administración Pública. Pág.. 549 y ss. Sevilla. 2.007.*

GARRIDO FALLA, F., *“Art. 43 en Comentarios la Constitución”. Civitas. Madrid. 1980. Pág.. 550 y ss.*

GONZALEZ DE LAS HERAS, Pilar, *“El derecho a la asistencia sanitaria en España dentro de territorio nacional: Regulación, sistema de financiación y administración competentes, noticias jurídicas. Diciembre 2004.*

GUILLEN RODRIGUEZ, A.M. *“Política de reforma sanitaria en España: De la restauración a la democracia”. Madrid. Instituto Juan March de Estudios e investigaciones. 1996.*

LEON ALONSO, M., *“La protección constitucional de la salud, La Ley. Madrid. 2010.*

MONTOYA MELGAR, A., *“La ley 16/2003, de 28 de Mayo y la evolución de la asistencia sanitaria desde la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud en 10º Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Fundación Mapfre. Pág.. 179 y ss.*

MUÑOZ MACHADO, S., *“La organización de los sistemas de salud. (La integración, la reforma y la crisis de los servicios sanitarios públicos). Actas del 1º Congreso de Derecho y Salud, Barcelona. 1992.*

MUÑOZ MACHADO, S., *“La cohesión del Sistema Nacional de Salud” en Sistema Nacional de Salud cohesión y consolidación, XII Congreso Derecho y Salud. Asociación Juristas de la Salud, Cuenca. 2003. Pág.. 15 y ss.*

PEMAN GAVIN, J., *“Sobre el proceso de desarrollo y aplicación de la Ley General de Sanidad: Balance y perspectivas”, derecho y salud. Nº 2. 1999.*

PEMAN GAVIN, J., *“Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro, revista de administración pública. Nº 156,m Pág.. 101 y 154. 2001.*



Consejo General de la
Abogacía Española

PEMAN GAVIN, J., *“La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: cuestiones abiertas y retos pendientes. Derecho y salud. Vol. II. Nº 10. Pág. 91 y ss. 2001.*

PEMAN GAVIN, J., *“La culminación del proceso de descentralización de la sanidad español. El sistema nacional de salud, tras el cierre de transferencias y la aplicación del nuevo sistema de financiación en informe comunidades autónomas, 2001. Instituto de Derecho Público. Barcelona. 2002.*

PEMAN GAVIN, J., *“Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud, derecho y salud, nº 16. Pág. 29 y ss. (2008).*

PEMAN GAVIN, J., *“Asistencia sanitaria y sistema nacional de salud. Estudios jurídicos”, Comares, Granada, 2005.*

PEMAN GAVIN, J., *“Derecho a la salud y administración pública, Real Colegio de España. Bolonia. 1989.*

SALA ARQUER, J.M., y VILLAR ROJAS, F. *“La cooperación en la sanidad pública. Revista de Estudios Autonómicos Nº 1. Pág. 136 y ss. 2002).*

SEVILLA PEREZ, F., *“La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Documento de trabajo 86/2006.*



Consejo General de la
Abogacía Española

TORNOS MARCH, J., *“Sistema de Seguridad Social versus Sistema Nacional de Salud. Derecho y Salud. Nº 1. Pág. 1 y ss. (2002).”*



Consejo General de la
Abogacía Española

INDICE

1.- Introducción.....	1
2.- Antecedentes	2
a) La evolución legislativa.....	2
b) Aspectos políticos y éticos.....	8
c) Las razones financieras	11
3.- Asistencia sanitaria y seguridad social y Competencias del Estado y las Comunidades Autónomas	13
a) Asistencia sanitaria y seguridad social..	13
b) La distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas	25
4.- El concepto de derecho social	30
5.- Conclusión	31

Anexo: Bibliografía

Anexo: Índice
