

---

# Seguridad Social y universalidad: ¿son compatibles?

---

Javier Rey del Castillo

Médico Inspector

## Introducción

---

La respuesta a la pregunta que se me ha planteado exige en primer lugar tener en cuenta el contexto en el que se pretende enmarcar, en este caso un debate situado bajo el epígrafe más general del análisis del ejercicio del derecho individual a la protección de la salud.

Situada en ese contexto, en una primera aproximación general cabe apreciar que la inclusión de la protección de la salud en el ámbito de la cobertura de las necesidades más básicas ofrecida por los sistemas de Seguridad Social de cualquier país ha sido y es un instrumento que ha permitido la extensión de esa protección a grupos más amplios de población que los cubiertos bajo otros sistemas, individuales o con cobertura de seguros privados, de protección.

Junto con las prestaciones económicas (sistemas de pensiones, seguro de desempleo) la cobertura de la atención sanitaria, caracterizada por ser una prestación

de servicios de alto valor económico y de coste creciente, formó parte característica de la protección ofrecida por los sistemas de Seguridad Social desde su inicio. Que fuera así se debió a que los riesgos que afectaban en mayor grado a las poblaciones de los países en que se constituyeron esos sistemas de protección eran, de un lado, la insuficiencia económica que afectaba a grandes grupos de población desde el momento en que, por jubilación o desempleo, se interrumpía su actividad laboral; y de otro lado, la incapacidad económica para afrontar de manera individual la atención sanitaria cuando era precisa<sup>(1)</sup>. Por otra parte, esta

---

<sup>(1)</sup> Esos riesgos principales han ido cambiando a lo largo del tiempo, de manera que se ha planteado<sup>1</sup> que los grupos afectados por los mayores riesgos en el momento actual en muchos países no son los mismos, sino otros, como la población joven y sin empleo ni acceso al mercado de trabajo. Los cambios en las prioridades y los grupos sociales afectados por las necesidades de cobertura y apoyo social más urgente requerirían un cambio en el diseño de los sistemas sociales de protección y en las necesidades a cubrir, lo que puede generar conflictos de intereses entre los grupos de población a los que se dirigen unas y otros sistemas de cobertura. Sin embargo,

última necesidad se concentraba de manera característica en mayor grado en los grupos de menor capacidad económica de cualquier población, los cuales, a su vez, son los que tienen menos posibilidades de obtener la protección sanitaria precisa con cargo a sus propios ingresos.

El mecanismo característico para hacer posible la extensión de la cobertura económica y sanitaria a esos grupos de población más amplios es la acumulación de capital y, complementariamente, de riesgos, que permite, mediante el recurso a economías de escala y al ajuste de la protección ofrecida a los recursos obtenidos, garantizar el mantenimiento de ésta a los grupos cubiertos.

Otra vertiente del interés de la protección colectiva ofrecida por los sistemas de Seguridad Social son sus efectos económicos generales. En el caso de los sistemas sanitarios, el efecto más destacado ha sido el de garantizar una demanda sostenida, lograda mediante la agregación de las demandas individuales sumadas, dirigida a las industrias que producen los recursos técnicos y farmacéuticos que se utilizan en la atención sanitaria. La garantía de la absorción de los productos

estos cambios no ponen en cuestión la necesidad de mantener y extender la protección sanitaria a toda la población, pues ésta afecta a todos los individuos y “desde la cuna a la tumba”, sin capacidad individual para elegir el momento y la forma en que se precisa su utilización.

de esas industrias está en la base de su desarrollo exponencial en los últimos 50 años, coincidiendo precisamente con la implantación de los sistemas públicos sanitarios en los países desarrollados, y constituye el incentivo más potente a la innovación en esos sectores<sup>2</sup>, en todo caso orientado conforme a sus propios intereses. Este círculo de incentivos y absorción de la innovación favorable a las industrias ha terminado por poner en cuestión la sostenibilidad de los propios sistemas públicos sanitarios, al convertir a la innovación tecnológica así orientada y consumida en su factor más importante de gasto<sup>3</sup>; este gasto, por otra parte, es de difícil o casi imposible control en tanto la orientación de la innovación esté en manos de las propias industrias, que a través de mecanismos múltiples condicionan la demanda desde el lado de la oferta<sup>4</sup>.

Desde el punto de vista de los colectivos a los que se proporciona protección sanitaria, lo característico de los sistemas de Seguridad Social es que la protección se dirige e incluye a la población con vinculación laboral y contrato de trabajo en condiciones legales en cada país (y, en todo caso, a sus familiares), pudiendo introducirse especificidades en la prestación y gestión de los servicios sanitarios correspondientes en función del área de actividad laboral.

En cuanto a la financiación de la protección sanitaria, como para las restantes prestaciones bajo este régimen, los sistemas de Seguridad Social recurren a las cotizaciones sociales, concebidas como una imposición específica sobre el trabajo por cuenta ajena soportada por empresarios y trabajadores, que contribuye en todo caso a encarecer el coste de los puestos de trabajo y, por esa vía, a dificultar o limitar su creación.

Finalmente, en cuanto a la organización y gestión de los servicios sanitarios correspondientes, la caracterización más general de los sistemas sanitarios de Seguridad Social incluye la carencia de medios propios, por lo que la prestación debe hacerse mediante contratos con redes o centros ajenos y, en el caso de la Atención Primaria, por profesionales también ajenos a la caja o cajas que gestionan los fondos de la Seguridad Social.

Este conjunto de características deriva en unos resultados que, cuando se los comparan con otras formas de organización de los servicios sanitarios<sup>(2)</sup>, permiten observar<sup>5,6</sup> que los sistemas sanitarios

“de Seguridad Social” resultan menos eficientes que los Servicios Nacionales de Salud, incurriendo en mayores niveles de gasto para garantizar un grado de protección similar a la población cubierta; por el contrario, el grado de satisfacción de la población cubierta parece mayor, lo que se ha puesto en relación con una mayor capacidad de elección entre proveedores alternativos de servicios, que no están integrados en una red única. Pero el mayor grado de satisfacción con su sistema sanitario es paralelo a un nivel de gasto sanitario *per cápita* también mayor<sup>(3)</sup>.

### **La Seguridad Social como base para la extensión de la protección sanitaria a toda la población de un país**

---

La respuesta a esta cuestión tiene que ver con algunas de las características de los sistemas sanitarios de Seguridad So-

---

<sup>(2)</sup> Otras formas públicas de organización de los sistemas sanitarios son los Servicios Nacionales de Salud, que ofrecen protección sanitaria universal a todos los ciudadanos de un país por serlo, se financian con impuestos generales y habitualmente disponen de redes sanitarias propias para prestar los servicios. Los sistemas de seguros sociales son de organización y base privada.

---

<sup>(3)</sup> Se ha descrito también un alto grado de relación entre el gasto sanitario *per cápita* y la riqueza de cada país medida en términos de producto interior bruto (PIB). De la recta de regresión que describe esa relación, a la que se ajustan con escasas desviaciones la mayoría de los países de la OCDE, sólo se escapan los Estados Unidos<sup>7</sup>, cuyo nivel de gasto sanitario *per cápita* es muy superior al que le correspondería según su nivel de riqueza, sin garantizar por ello protección sanitaria a toda su población (alrededor de 40 millones de americanos carecen de protección sanitaria alguna, una cifra que tiende más a crecer que a reducirse con las políticas económicas y sanitarias del actual gobierno de aquel país).

cial a las que se ha hecho alusión en el apartado anterior, en concreto con la extensión de la protección sanitaria en esos sistemas a la población laboral regular, e incluso dentro de ésta a grupos concretos de ella, pudiendo existir diferencias entre grupos de trabajadores distintos según el ámbito de su actividad laboral.

Lo que se plantea a partir de ahí es si la base ofrecida por los sistemas de protección sanitaria de que disfrutaban los trabajadores de la totalidad o alguno de los sectores productivos de un país es el punto de partida más adecuado para la extensión de la protección sanitaria a toda la población.

A la vista de la experiencia de distintos países, la respuesta a esta cuestión no es unívoca. A la vez, cabe decir que los factores determinantes de unas u otras situaciones no tienen que ver tanto con las características de los sistemas sanitarios correspondientes en sí mismos, como con el nivel de desarrollo y riqueza y con la distribución de ésta, así como con las condiciones del mercado laboral, de cada país.

I. Los países latinoamericanos, por ejemplo, tienen un grado de desarrollo económico escaso y una distribución de la riqueza muy desigual, lo que se acompaña de mercados laborales precarios y mal regulados. En ellos, los sistemas de protec-

ción sanitaria ofrecidos por las organizaciones de Seguridad Social existentes alcanzan a cubrir a grupos limitados de trabajadores de los sectores productivos más activos y mejor regulados. Sin embargo, la ausencia de las mismas condiciones en otros sectores diferentes convierte a esos grupos de trabajadores, que suelen incluir a una proporción minoritaria de la población laboral, en un sector privilegiado, cuyos beneficios, sin base fiscal para hacerlo, son imposibles de extender a otros sectores de la población. Esas situaciones pueden dar lugar a conflictos de intereses entre los trabajadores que disponen de un mayor grado de protección y otros grupos si se llega a plantear como una alternativa de reforma la extensión de la cobertura sanitaria en condiciones homogéneas a toda la población<sup>8</sup>.

Tales conflictos en esos países encuentran un área de expresión añadida en el debate sobre las formas de gestión más adecuadas y eficientes de los servicios de salud, facilitado por la diversificación de la gestión de la provisión que es característica de los sistemas de Seguridad Social. En ese contexto, las compañías de seguros sanitarias, fundamentalmente las norteamericanas, han encontrado una vía de penetración en los sistemas sanitarios de los países del cono sur americano, donde se está extendiendo el *managed*

care o “competencia gestionada” (por las propias compañías extranjeras o por las filiales que se crean en el país correspondiente) como solución a problemas que tienen otro origen<sup>9</sup>.

El mismo tipo de modelo e intervención se ha extendido a los antiguos países del Este europeo, con efectos contradictorios en el sentido de restringir la garantía de atención sanitaria, antes cubierta para toda la población bajo los modelos de “socialismo real”, a grupos limitados de población, en relación con su vinculación laboral<sup>(4)</sup>.

2. Por su parte, los países europeos que disponen de sistemas sanitarios del tipo de los de Seguridad Social (Alemania, Francia, Holanda o Bélgica entre ellos) disponen de un grado de desarrollo económico y de distribución de la riqueza, unido a la regulación de sus mercados laborales, en el extremo opuesto del espectro descrito antes. Hasta tal punto se encuentran entrelazadas unas y otras condiciones que su conjunto ha permitido hablar de un modelo de desarrollo europeo, por mucho que su viabilidad se esté poniendo ahora en cuestión, en es-

pecial en relación con la imposibilidad de mantener el pleno empleo<sup>11,12</sup>.

En esos casos, la protección sanitaria universal es un hecho que se ha alcanzado como consecuencia de que la mayoría de la población dispone de la ofrecida a través de los sistemas de Seguridad Social correspondientes a su actividad laboral. Por su parte, regulaciones establecidas por los gobiernos correspondientes establecen la forma en que se accede a la protección y cómo se gestiona ésta<sup>(5)</sup> para los grupos de población que carecen de tal vinculación<sup>13(6)</sup>.

3. En algunos países europeos, como el Reino Unido, el paso de la protección sanitaria de una parte de la población

<sup>(5)</sup> Con frecuencia a través de las mismas entidades que gestionan la atención de la población con contrato de trabajo variando sólo las fuentes de financiación, en este caso los propios ciudadanos que acceden así a la atención; en otros casos, a través de entidades privadas, siendo obligatoria en todo caso la afiliación a uno u otro tipo de cobertura.

<sup>(6)</sup> Un hecho relevante en esta clase de sistemas sanitarios es que, incluso en aquellos que disponen de entidades o cajas de seguro diferentes para gestionar las prestaciones, también las sanitarias, de distintos grupos de población, en general agrupados por sectores productivos, se ha desechado el establecimiento de medidas para introducir la competencia entre aseguradoras (públicas o paralelas al sector público, con participación de trabajadores y empresarios) para la captación de clientes (más bien se han regulado los mecanismos que impiden el rechazo de la población que carece de vinculación laboral, o de la afectada por patologías de atención más costosa). Holanda se planteó medidas en ese sentido, que finalmente fueron desechadas ante la carencia de mecanismos acreditados que permitieran impedir la selección adversa de pacientes por parte de las aseguradoras<sup>13</sup>.

<sup>(4)</sup> Los efectos de esos cambios, unidos a las desigualdades manifiestas en la distribución de la riqueza en esos países que han seguido a la implantación de la economía capitalista en los mismos, se han traducido en un deterioro manifiesto del nivel de salud de las poblaciones correspondientes, en especial en algunos de esos países<sup>10</sup>.

trabajadora a hacerla extensiva al conjunto de la población adquirió una forma especial con la creación de un Servicio Nacional de Salud.

Las características fundamentales de ese cambio afectan al título por el que se accede a la protección sanitaria (la condición de ciudadanía frente a la de trabajador) y al sistema de financiación (impuestos generales frente a cotizaciones sociales<sup>(7)</sup>). El desarrollo de esas transformaciones fue posible en unas condiciones peculiares de solidaridad so-

cial entre clases y reconocimiento de la contribución al esfuerzo común para la recuperación del país que se dieron en algunos de ellos tras la Segunda Guerra Mundial<sup>16,17</sup>. Por otra parte, esos cambios tuvieron lugar en el contexto de la modificación del concepto de Seguridad Social introducido por Beveridge, según el cual algunas prestaciones (fundamentalmente las de carácter económico, llamadas a sustituir los ingresos de los trabajadores en las fases en las que se suspende la relación laboral) mantienen su carácter contributivo, mientras que otras (las relacionadas con la prestación de diferentes servicios) se convierten en sistemas universales de protección.

4. Un último aspecto a valorar en la transición entre sistemas sanitarios “de Seguridad Social” y los del tipo de los Servicios Nacionales de Salud, con las características de cada uno de ellos descritas antes, es que, si se acepta que el factor clave del mantenimiento de unos y otros sistemas es la capacidad de control del incremento del gasto sanitario<sup>(8)</sup>, lo

El mantenimiento de la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito público o semipúblico y sin la introducción de competencia entre las entidades correspondientes como garantía del mantenimiento de un bien público preferente, como es la protección sanitaria, constituye una barrera, que hasta ahora ha sido insalvable, para la entrada de las aseguradoras privadas en el ámbito de la gestión de la prestación. Esta situación se está tratando de cambiar a través de la Organización Mundial de Comercio, en la que la representación americana, que ejerce la de las empresas aseguradoras de su país, lleva varios años tratando de modificar esa situación de excepción al intercambio libre de bienes y servicios<sup>14,15</sup>. La tibia respuesta de la representación europea a esas propuestas es expresiva de la crisis en que se encuentra sumida la defensa de un modelo de desarrollo europeo caracterizado por la protección social, incluida la sanitaria, de toda la población.

<sup>(7)</sup> En todo caso, en ningún país de los que disponen de este tipo de sistemas sanitarios, ni siquiera el Reino Unido, donde se creó como concepto, ha desaparecido por completo una contribución, si bien minoritaria, del sistema de Seguridad Social correspondiente a la financiación del servicio público sanitario universal. Esta aportación, al margen de otros criterios teóricos posibles, refleja la contribución reglada e insustituible del sistema sanitario público a otras prestaciones del sistema de Seguridad Social, entre ellas la determinación del período de baja laboral, o la valoración de la incapacidad para el trabajo, y la contribución a la recuperación.

<sup>(8)</sup> Que es un problema universal de causa múltiple, entre las que la innovación tecnológica, como se ha indicado antes, es la más importante, por mucho que sea el envejecimiento de las poblaciones aquella a la que se suele hacer más alusión. Por el contrario, cada vez hay más evidencias de que el mayor aumento del gasto sanitario individual se produce en el último año de vida, sea cual la edad de la muerte, lo que es expresivo de la medicalización y tecnificación de la atención como causa del gasto<sup>4</sup>.

lógico sería esperar una evolución guiada de una u otra forma a transformar los sistemas “de Seguridad Social” en Servicios Nacionales de Salud, más eficientes y con menor nivel de gasto.

Es paradójico, por eso, observar que la evolución que se está produciendo es en sentido contrario, de manera que son los Servicios Nacionales de Salud los que están adoptando formas de gestión, basadas en la separación de aseguradores y proveedores de servicios sanitarios, que pasan a relacionarse por unas u otras formas de contrato, características, como se ha indicado, de los sistemas de Seguridad Social; a la vez que en éstos, y en los propios Servicios Nacionales de Salud que se organizan de esta forma, se introduce la competencia en la contratación entre proveedores (en ocasiones, como en el Reino Unido al inicio de la introducción de la competencia, sólo públicos, pero cada vez más también entre proveedores públicos y privados) como forma supuesta de mejorar la gestión<sup>18</sup>.

Como era de esperar según las sugerencias derivadas del análisis de los sistemas dotados de formas semejantes de gestión, esas medidas no contribuyen a mejorar el control del gasto sanitario, por lo que el incremento de éste y la puesta en cuestión de la sostenimiento económico de los sistemas sanitarios

está provocando la adopción de otro tipo de medidas, como el recorte de las prestaciones cubiertas y la introducción de copagos y tasas por el uso de los servicios sanitarios. Las expresiones más recientes de este tipo de medidas son las adoptadas por los gobiernos de Francia y Alemania, que han dado lugar a un alto grado de conflictividad social que, sin embargo, no ha impedido su introducción<sup>19,20</sup>. Tales medidas, por otra parte, son otra forma de puesta en cuestión de la protección sanitaria universal y de la amplitud en la cobertura de la prestación.

### **La evolución en España desde la “asistencia sanitaria de la Seguridad Social” al Servicio (Sistema) Nacional de Salud**

---

#### **La situación preconstitucional y el cambio democrático**

En el origen de la extensión de la cobertura sanitaria en España a grupos amplios de población está la constitución del Seguro de Enfermedad, a su vez con otros precedentes parciales, después de la Guerra Civil. Como no se trata aquí de hacer un recorrido histórico por aquellas fases, acerca de las cuales puede ampliarse la información en otros textos<sup>21</sup>, lo que cabe destacar es que la “asisten-

cia sanitaria de la Seguridad Social” (convertida en tal por la adición sistemática de distintos seguros independientes en la Ley de Bases de Seguridad Social de 1963), dirigida a la población trabajadora con algunas excepciones (y con regímenes diversos que establecían algunas modalidades específicas en la prestación), incluía hacia 1980, es decir, en el período postconstitucional más inmediato, a alrededor del 80 % de la población, la mayor parte de la misma agrupada en el llamado Régimen General de la Seguridad Social. Junto con ella, y en paralelo, se mantenía un sistema de atención sanitaria independiente para la población “de beneficencia” o “pobre de solemnidad”, sostenido tanto desde el punto de vista financiero como de la atención por las Corporaciones Locales (Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos, cada uno de los cuales establecía sus “cupos” respectivos).

Entre las peculiaridades del sistema sanitario de Seguridad Social español, en aquella época ampliamente excedentario desde el punto de vista económico por la incorporación de generaciones de trabajadores cotizantes numerosos que coexistían con una cifra de pensionistas reducida, se incluía la disponibilidad de una red sanitaria propia, desarrollada a nivel hospitalario fundamentalmente en la dé-

cada de los setenta. Este desarrollo hospitalario fue la base de la modernización de la atención sanitaria en España, y permitió la incorporación de un número muy amplio de médicos entonces jóvenes a la medicina pública de calidad. En el caso de la Atención Primaria, lo peculiar del sistema de Seguridad Social español fue la “funcionarización” de los médicos generales, que no tiene correlato en ningún otro país de nuestro entorno, ni siquiera entre los que disponen de un Servicio Nacional de Salud.

A finales de los años setenta, el paso de un régimen dictatorial a uno democrático, que supuso la creación de un clima de acuerdo social mayoritario del que los pactos de la Moncloa fueron una buena expresión, y el grado de extensión mayoritario de la cobertura sanitaria en términos porcentuales de la población trabajadora, sentaron las bases para la conversión del sistema de Seguridad Social en un “Servicio Nacional de Salud”, con las condiciones propias de éstos en cuanto a título de acceso a la protección sanitaria en relación con la condición de ciudadanía. La existencia de una red sanitaria propia de la Seguridad Social hizo innecesario cualquier cambio en ese aspecto. La descentralización de la gestión de la “asistencia sanitaria de la Seguridad Social” a un número inicialmente li-



mitado de Comunidades Autónomas, cada una de las cuales constituyó a esos efectos su propio Servicio Autonómico de Salud, provocó que el término “servicio” se sustituyese por el de “sistema”, sin que quedasen claros con un grado de precisión suficiente los instrumentos de integración del “sistema” y qué mecanismos se pondrían en práctica para que el mismo no derivase en una mera agregación de servicios de salud independientes.

### **Los mecanismos del cambio hacia la protección sanitaria universal**

#### *Punto de vista normativo*

Desde el punto de vista normativo, el primer paso hacia la protección sanitaria universal se dio con la inclusión del derecho a la protección de la salud (que no a la salud, como se invoca con frecuencia) en el artículo 43.1 de la Constitución. Merece la pena, sin embargo, llamar la atención sobre algunos detalles de ese cambio:

1. En primer lugar, el artículo citado está incluido en el Capítulo tercero del Título primero de la Constitución, que se refiere a “los principios rectores de la política social y económica”, y no en el Capítulo segundo, el relativo a los “derechos y libertades”, y menos aún en la

sección primera de ese Capítulo segundo, que se refiere a “los derechos fundamentales (y las libertades públicas)”, aquellos que se pueden exigir directamente por los ciudadanos ante los Tribunales de justicia.

Por el contrario, incluido el derecho a la protección de la salud entre los principios que deben regir las actuaciones de las administraciones públicas para hacer efectivo el ejercicio del derecho, es a los poderes públicos, a través de una ley (artículo 43.2), a los que corresponde determinar cómo se llevará a cabo ese ejercicio, “organizando y tutelando la salud pública a través de medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios”. El derecho queda así supeditado a los criterios organizativos que puedan ser adoptados por las autoridades sanitarias, siendo el único requisito para poder establecer libremente esos criterios el que se establezcan mediante una norma con rango de ley, frente a las cuales los ciudadanos carecen de vías directas de recurso si considerasen que con las medidas adoptadas no se garantiza de manera adecuada la protección de su derecho.

2. La Ley que estableció los principios con arreglo a los cuales organizar la protección sanitaria es la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Esta Ley

pretendió unificar en una sola norma y en una sola organización de la protección tanto los aspectos colectivos de la protección sanitaria, incluidos en lo que comúnmente se conoce como Salud Pública (cuyas actuaciones se venían organizando a través de la antigua Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio del Interior), como los correspondientes a la asistencia sanitaria que era, por las razones antes citadas, principalmente “de la Seguridad Social”.

Pese a esa intención general, la Ley 14/1986 mantuvo la distinción organizativa y de concepto entre una y otra clase de actuaciones sanitarias. La mejor expresión de todo ello es la diferencia en los traspasos de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (CC.AA.), procesos en los que se establecieron ritmos y actuaciones diferentes para las competencias en Salud Pública (rápidamente traspasadas a todas las CC.AA., incluso en fase de entes pre-autonómicos) y las de asistencia sanitaria (de la Seguridad Social)<sup>(9)</sup>.

<sup>(9)</sup> La cesión de estas últimas se llevó a cabo en concepto del traspaso de la “ejecución de servicios de la Seguridad Social” previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución Española, exigiéndose para ello que las CC.AA. que recibieran el traspaso fueran competentes en esa materia, en principio reservada a las CC.AA. que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 151 de la Constitución.

El hecho de que la asistencia sanitaria permaneciera en el ámbito de la Seguridad Social suponía en todo caso que esa parte de la prestación sanitaria mantuviera el carácter de derecho subjetivo característico de las prestaciones contributivas, siendo, en consecuencia, directamente recurrible ante los tribunales laborales, que siguieron resolviendo sobre esas cuestiones.

3. Sin embargo, sin que se produjera ningún cambio formal ni legal en la distinción entre unas y otras competencias sanitarias, en 1988 tuvo lugar un cambio en el sistema de financiación de la asistencia sanitaria que, de ser sostenida mayoritariamente con cotizaciones sociales de una forma congruente con el modelo de Seguridad Social hasta entonces sostenido en la práctica para esa parte de la atención, pasó a serlo con impuestos generales<sup>22</sup>. El cambio no supuso en ese momento en realidad la sustitución de unas fuentes por otras, sino una mera modificación contable, puesto que, a cambio de dejar de financiar en la cantidad correspondiente la asistencia sanita-

Son estas competencias en asistencia sanitaria las que fueron finalmente traspasadas en enero de 2002 a 10 CC.AA. que permanecían sin haber recibido el traspaso. En esos casos, como en otros anteriores, la realización efectiva del traspaso exigió la modificación de los Estatutos de Autonomía respectivos, para hacer competentes a las CC.AA. correspondientes en la “ejecución de servicios de la Seguridad Social” a que se ha hecho alusión.

ria, la Seguridad Social dejó de recibir las aportaciones del Estado que por una cuantía equivalente en aquel momento hacía éste para el sostenimiento de las pensiones no contributivas, las cuales, pese a serlo, pasaron a sostenerse por la Seguridad Social.

La línea de sustitución de las aportaciones procedentes de la Seguridad Social por impuestos generales como fuente de financiación de la asistencia sanitaria continuó en los años siguientes, y se completó en 1997.

4. Desde un punto de vista teórico, la modificación resultó coherente con la separación de fuentes de financiación de las prestaciones sociales acordada después en el Pacto de Toledo. De la misma, por otra parte, se han deducido diferentes consecuencias sobre el ejercicio de las competencias en asistencia sanitaria por parte de las CC.AA.

Para algunos autores<sup>23,24</sup>, el cambio en el sistema de financiación ha supuesto que el título por el que se ejercen las competencias en asistencia sanitaria por parte de las CC.AA. pasara de ser una competencia de “ejecución de servicios de la Seguridad Social” y, por tanto, un ámbito de actuación en el que las CC.AA. sólo ejercen la gestión, mientras la Administración General del Estado mantiene las competencias básicas de

organización y financiación, a ser una faceta más de la competencia exclusiva que las CC.AA. ejercen en materia de “sanidad e higiene” (artículo 148.1.21 de la Constitución Española).

Por parte de otros autores<sup>25</sup> se considera que de la modificación del sistema de financiación no puede deducirse sin más un cambio del título por el que se ejercen las competencias en asistencia sanitaria.

Un hecho que debe tenerse en cuenta en todo caso a efectos de dar respuesta a la polémica citada es que para recibir el traspaso de la asistencia sanitaria, como se ha indicado antes, todas las CC.AA. debieron modificar sus Estatutos de Autonomía para incluir entre sus competencias las de ejecución de servicios de la Seguridad Social.

Lejos de constituir una cuestión solamente teórica, de la contestación que se dé a la misma, y de que se acepte por todas las partes (Estado y CC.AA.) una misma respuesta, dependen las posibilidades de intervención del Estado en la coordinación de la asistencia sanitaria y en el mantenimiento de la universalidad y la equidad de la misma, papeles que son los que corresponden al gobierno central en cualquier país federal que tenga establecido un régimen de protección sanitaria asociado a la ciudadanía esta-

tal<sup>26</sup>. De manera destacada, depende también la capacidad de intervención estatal en la financiación sanitaria, sin la que la actividad de coordinación sanitaria por parte de la Administración General del Estado carece de un instrumento que resulta imprescindible para hacerla eficaz.

5. Hay un aspecto más que contribuye a poner de relieve la confusión formal y legal bajo la que se ha producido el cambio desde la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a constituir un servicio público universal: a lo largo de los cambios en la financiación de la asistencia sanitaria que se han mencionado, en ningún momento se ha introducido cambio alguno en los mecanismos para hacer efectivo el reconocimiento del derecho a la protección sanitaria. Aun después de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, a la que se alude más adelante, en el momento actual el reconocimiento del derecho es automático, y a través de la Seguridad Social, para la población con vinculación laboral y ciertos colectivos sin ésta a los que se ha incluido en la protección sanitaria prestada por las redes que formaban parte de la asistencia sanitaria de aquélla. Por el contrario, los grupos de población, minoritarios, con ingresos que superan la situación de pobreza pero carecen de vinculación laboral carecen de una vía

establecida para obtener el reconocimiento de su derecho a la protección sanitaria a la que tienen derecho como ciudadanos conforme a las leyes en vigor.

#### *Punto de vista de los hechos*

Desde el punto de vista de los hechos, el que la asistencia sanitaria de la Seguridad Social cubriera a principios de los años 80 a alrededor del 80 % de la población española, la mayor parte de ella bajo la protección del llamado Régimen General, explica que la forma de extensión de la protección sanitaria hacia la totalidad de la población adquiriese la forma de la adhesión a ese Régimen de colectivos cada vez más amplios. Esa vía de inclusión en un régimen común adquirió en ocasiones la forma de la supresión de ciertas modalidades de protección de colectivos laborales que disponían de regímenes con algunas características específicas. En otros casos, como el de la población “de beneficencia”, a la que se incluyó en el Régimen General mediante un Real Decreto en 1989<sup>(10)</sup>, los colectivos incluidos bajo el régimen de protección carecían de vinculación laboral.

La explicación pormenorizada de los procesos de integración de distintos gru-

---

<sup>(10)</sup> Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se reguló la extensión de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes.

pos de población en un sistema general de atención sanitaria (y el mantenimiento de otros grupos en sistemas diferentes y específicos de atención) excede las posibilidades de este trabajo, pero ha sido hecha en otros previos, a los que cabe remitirse para el análisis detallado de la cuestión<sup>27,28</sup>. De los procesos mencionados se pueden, sin embargo, resaltar algunas características comunes:

1. En primer lugar, que la “universalización” de la cobertura de la asistencia sanitaria, sustentada en la regulación efectuada por el artículo 1.º de la Ley General de Sanidad<sup>(11)</sup>, de 1986, no constituyó una actuación automática a la entrada en vigor de la Ley, sino una extensión progresiva del derecho a diferentes colectivos no incluidos previamente en la acción protectora de la Seguridad Social, que se llevó a cabo (y continúa desarrollándose pues, como se ha indicado antes, siguen existiendo colectivos que no tienen establecida la forma normalizada de hacer efectivo su derecho) conforme a las características peculiares de cada uno de ellos. Esta ausencia de automatismo, y el carácter progresivo de la extensión de la protección, estaban, sin embar-

go, conforme a algunos análisis de la Ley<sup>29</sup>, ya previstos en la propia Ley General de Sanidad, algunos de cuyos artículos, en concreto el 3.2, en relación con la Disposición Transitoria 5.ª de la misma norma, y el 80, privan de eficacia normativa inmediata al reconocimiento de derecho efectuado en el artículo 1.º y, por el contrario, remiten a un futuro evolutivo no precisando la universalización de la atención.

2. Otro aspecto a destacar es que la inclusión de algunos de los colectivos que se han ido integrando en la protección de los servicios de atención sanitaria generales (por ejemplo, los de la población de beneficencia, o la población extranjera residente en España) no ha supuesto la adición de cantidades añadidas a la financiación sanitaria, ni siquiera en aquellos casos, como el de los “cupos de beneficencia”, en el que por parte de otras Administraciones (en aquel caso las locales) existían partidas específicas destinadas a esos fines, que quedaban “liberadas” y a disposición de esas otras Administraciones una vez traspasada la responsabilidad legal de esa atención<sup>(12)</sup>. La “universaliza-

<sup>(11)</sup> “Artículo 1.2. 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”.

<sup>(12)</sup> En el caso de los cupos de beneficencia, por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se trató de alcanzar un acuerdo con la Federación Española de Municipios y Provincias de manera que las Diputaciones y Municipios que traspasasen sus “cupos” respectivos al Instituto Nacional de la Salud o entidad

ción” de la atención ha supuesto, en consecuencia, la disponibilidad de los mismos medios para atender a porcentajes cada vez mayores de la población, con el consiguiente deterioro potencial de la calidad de la atención y del prestigio de los servicios sanitarios públicos ante los propios ciudadanos, a los que debería supuestamente beneficiar la extensión del derecho a la asistencia.

3. El tercer aspecto a resaltar ha sido el rechazo permanente a incluir bajo un mismo régimen de protección común a determinados colectivos que, en virtud de sus regímenes especiales de protección (es el caso de las Mutualidades de funcionarios, personal de la Administración de Justicia y militares, MUFACE, MUGEJU e ISFAS respectivamente), de su trabajo en determinadas empresas (muchas de ellas antes públicas, que se constituyeron “empresas colaboradoras” para sustituir la atención sanitaria de la Seguridad Social con sus propios medios, aunque han terminado por ponerla en manos de compañías privadas de seguros sanitarios), o de su pertenencia a ciertos colectivos

profesionales (profesiones liberales, periodistas), disponen de posibilidades específicas para recibir la atención sanitaria a través de medios ajenos a las instituciones propias de los servicios públicos de salud, en muchos casos en el ámbito privado (aunque es común el recurso al sistema público en los casos más extremos o complejos, posibilidad que se mantiene abierta por distintos mecanismos).

El mantenimiento de esas situaciones al margen del Sistema Nacional de Salud ha sido común a los gobiernos socialistas y del Partido Popular, y en ello han tenido un papel relevante las presiones corporativas más o menos explícitas de los cuerpos de elite de las Administraciones o, en el caso de las empresas colaboradoras, las de las secciones sindicales de empresa de los propios sindicatos de clase.

En cuanto a sus efectos, pueden estimarse al menos en dos ámbitos: en el económico, la diversificación de recursos económicos del mismo origen fiscal público a la atención de sólo determinados colectivos a través de medios privados, por mucho que se pretenda argumentar que con ella se contribuye a resolver la masificación de los medios públicos, constituye una ruptura neta de las economías de escala que han hecho posible la extensión de la atención sanitaria a la mayoría de la población. Por otra parte,

económica equivalente compensasen el traspaso con la cesión de locales hábiles para prestar asistencia sanitaria, terrenos para construir centros de salud, u otras alternativas similares. Aunque se dio algún caso puntual de compensación de ese carácter, el acuerdo careció de efectos generales y siquiera de un seguimiento posterior por ninguna de las entidades proponentes del mismo.

la exclusión de los grupos sociales con mayor influencia social y política y susceptibles de generar las exigencias de calidad más intensas en los servicios públicos de la atención del Sistema Nacional de Salud privan a éste de un potente instrumento de mejora, y ponen en cuestión la equidad de la prestación<sup>30</sup>.

### **Las “aportaciones” de la Ley de Cohesión a la universalidad de la protección sanitaria**

---

El análisis de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ha sido objeto de otros trabajos críticos previos<sup>31-34</sup>. La evolución del funcionamiento del sistema sanitario que ha seguido a su promulgación, a juicio de quien suscribe este trabajo, no ha hecho sino confirmar los defectos y la escasa utilidad de un texto que no aportó ninguna novedad a los instrumentos de coordinación del sistema sanitario público, de manera que se constituyese en garantía real de la protección sanitaria de toda la población. Algunos sucesos recientes<sup>(13)</sup> han servido también para comen-

zar a poner en cuestión la verdadera utilidad de esa Ley (y hasta los réditos en términos de popularidad y prestigio personal que la Ley aportó a su promotora más directa, réditos que, por otra parte, eran ya los más patentes, como se indicó en alguno de esos trabajos previos, cuando la Ley se promulgó).

Pero a falta de aportaciones positivas significativas, puede decirse que, desde el punto de vista de la garantía de la protección sanitaria y de la universalización de la protección, la Ley tiene, sin embargo, el dudoso mérito de añadir una aún mayor complejidad a la situación, por sí misma confusa, que se daba antes de su promulgación y que, de manera resumida, se ha descrito en el apartado anterior. Esta afirmación se sustenta en las observaciones siguientes:

I. En primer lugar, la Ley, que repite en su artículo 3 de manera muy semejante a la del artículo 1 de la Ley General de Sanidad los términos del reconocimiento del derecho a la protección de la salud sin aportar ninguna modificación significativa al respecto, deja al margen la consideración de las situaciones reales de desigualdad en el ejercicio del derecho a la protección que se han comentado anteriormente, lo que, en la práctica, significa deslegalizar el ejercicio del derecho y renunciar a la universalidad.

---

(13) El abandono del Consejo Interterritorial por parte de los consejeros del Partido Popular, supuestamente el órgano máximo de la coordinación del sistema sanitario pero, en la práctica, y tal y como ha quedado constituido después de la Ley de cohesión, un órgano sin capacidad real de intervención.

zación real y la equidad de la protección.

2. Por otra parte la Ley dedica la totalidad de un Capítulo, el primero, a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. La regulación completa de esa cuestión se lleva a cabo integrando en un mismo concepto prestaciones individuales, que lo siguen siendo también de la Seguridad Social al seguir sin derogarse el régimen de éstas, y actuaciones sanitarias colectivas (Artículo 11. “Prestaciones de salud pública”). Con ello se pone en cuestión la naturaleza y el carácter del término prestación, y las formas en que pueden demandarse éstas por los ciudadanos, a la vez que abre la duda sobre las formas que debe adoptar su regulación reglamentaria y si, de hecho, pueden existir prestaciones que lo sean del Sistema Nacional de Salud y a la vez lo sean o no de la Seguridad Social, o a la inversa, y cómo debería en este caso llevarse a cabo su regulación, e incluso su financiación<sup>(14)</sup>.

<sup>(14)</sup> El suministro gratuito de medicamentos sin aportación económica o copago alguno a los pensionistas del Régimen General de la Seguridad Social, por ejemplo, es en realidad una prestación que tiene su base en una consideración propia de la Seguridad Social (la condición de pensionista) que, sin embargo, se financia por los servicios públicos sanitarios, de cuyo gasto forma una parte sustancial, sin capacidad de intervención en la decisión de eliminar o modificar el copago ni recibir aportación económica alguna por ello.

3. Por último, la Ley ha venido a añadir un elemento más de confusión acerca de quién es el garante último del mantenimiento de la protección sanitaria y, en relación con ello, de la extensión universal de la cobertura. Así, el artículo 10.1 de la Ley de Cohesión establece que “*las prestaciones que establece esta ley son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica...*”. Cada Comunidad Autónoma, a su vez, recibe su financiación sanitaria de manera exclusiva en proporción a su propia población (ni siquiera toda ella, pues determinados colectivos residentes en cada una están excluidos del cálculo financiero), y la Ley no prevé mecanismo eficaz alguno de control, ni quién podría ejercerlo, que permita resolver de manera efectiva los casos en los que, por razones y bajo formas diversas, pudiera producirse el rechazo de la atención de pacientes no incluidos en la justificación de la financiación recibida (en términos de una publicación reciente del Ministerio de Sanidad<sup>(15)</sup>, la “población protegida asociada al gasto territorializado”. El rechazo, con mayor o menor grado de publicidad, se

<sup>(15)</sup> Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y cifras 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.



ha producido ya en algunos casos, como se ha recogido en otras publicaciones<sup>31,35</sup>. Esta falta de precisión es aún más importante dada la desigual distribución autonómica de la población característica del Estado Autonómico Español, y la necesidad de recurrir a economías de escala, no necesariamente coincidentes en sus términos con los límites políticos de las CC.AA., para garantizar el sostenimiento económico, pero también la calidad, de la atención. En la situación resultante, la protección sanitaria parece vinculada a la ciudadanía autonómica, y sólo en el territorio propio de cada Comunidad, siendo así que tanto la Ley General de Sanidad como la Ley de Cohesión más reciente vinculan la protección sanitaria a la ciudadanía del Estado; vinculación que, sin embargo, en su desarrollo por la Ley de Cohesión, no proporciona medio alguno a aquél para hacer efectiva la garantía de tutela del derecho.

### **Algunos interrogantes ante el futuro de la universalización de la protección sanitaria en España**

---

Las cuestiones que se plantean a la efectividad real de la extensión universal de la protección sanitaria en España teóricamente desarrollada desde la Ley Ge-

neral de Sanidad, de 1986, han sido puestas de manifiesto en los apartados anteriores. De los mismos se pueden también deducir las acciones que, en sentido organizativo y normativo, sería preciso llevar a cabo para hacer efectiva la universalidad de la protección. Sin embargo, que el desarrollo futuro vaya a ser ése, y no, por el contrario y por unas u otras vías, la fragmentación y, con ello, la reducción de la protección tanto en términos de población como de la extensión de la protección ofrecida, es dudoso. Esas dudas tienen como base algunas situaciones concretas:

I. En primer lugar, el acuerdo político entre los principales partidos con posibilidades de acceder al gobierno de la nación para el desarrollo de las leyes (así como los desarrollos reglamentarios, y también algunas decisiones concretas) que han conducido a la actual situación. Entre las leyes, ya se ha citado la de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que, salvo algunos aspectos menores, fue aprobada con casi la unanimidad de los grupos políticos presentes en el Congreso. El mismo grado de acuerdo alcanzaron las normas que desarrollaron el nuevo sistema de financiación autonómica, que está en la raíz de algunos de los problemas citados. El acuerdo en torno a esas normas y actos (también la actitud

mantenida ante las mutualidades de funcionarios o las empresas colaboradoras, citadas antes) hace difícil ver que desde el Partido Socialista, que sería del que cabría esperar más naturalmente la adopción de medidas que hicieran efectiva la universalización, pueda promoverse la iniciativa de las mismas, cuando ni siquiera en su interior son observables debates valorables que pudieran llevar a ese cambio de actitud. Por otra parte, actitudes en sentido contradictorio con el mantenimiento del Estado de Bienestar, al menos con sus características tradicionales y su extensión, se están observando en otros partidos de corte socialdemócrata<sup>36</sup>, como el laborista inglés, que está conduciendo al desmantelamiento del *National Health Service* (NHS) en su forma más clásica, o el alemán.

2. Tampoco las actitudes sociales parecen ir dirigidas a la consolidación de los mecanismos institucionales de solidaridad, entre los que cabe incluir los servicios públicos de salud. Como se ha puesto de relieve en los apartados anteriores, las actitudes corporativas de grupos influyentes en las administraciones públicas, e incluso las de algunos sectores sindicales, se orientan más bien a sostener el mantenimiento de mecanismos exclusivos y diferentes de protección, que se convierten así en el modelo pri-

vilegiado a seguir. Esta situación social es el ambiente contrario al que se ha descrito que dio origen, en España y en otros países, a la extensión de la protección sanitaria a toda la población<sup>(16)</sup>.

3. Por último, la actitud de las CC.AA., responsables en la práctica del mantenimiento efectivo de la atención sanitaria, no parece tampoco incluir entre sus principales preocupaciones la contribución a la condición universal, para todos los ciudadanos del Estado en los términos previstos por las leyes, de

---

<sup>(16)</sup> A esto habría que añadir algunas actitudes sociales que han comenzado a apuntar en España en relación con otros problemas, como la inmigración. Una publicación electrónica de amplia difusión en ciertos medios sanitarios, entre ellos la industria farmacéutica, el Sanifax, atribuía en uno de sus boletines del mes de junio una parte significativa del incremento del gasto farmacéutico de enero a mayo de este año “al incremento del gasto en recetas por inmigrantes. No se puede meter continuamente cientos de miles de inmigrantes al sistema sanitario sin comprender que va a elevar el número de recetas. No se puede “criminalizar” a la industria, ni mucho menos a los médicos... Si aumenta el número de cotizantes a la Seguridad Social, eso lleva parejo un aumento del número de recetas. Esa es la verdad real”.

Algunos estudios encargados por la industria farmacéutica a determinadas consultoras no llegan a conclusiones tan drásticas, pero sí que incluyen entre los factores a considerar en el incremento del gasto farmacéutico el papel de la inmigración, sobre el que se concluye que, aunque menor que otros factores, tiene un efecto de aumento del gasto que terminará por tener una influencia importante sobre el mismo<sup>37</sup>. Ni que decir tiene que, en tanto este tipo de análisis se repitan y terminen por calar en algunos sectores de la población, contribuirán a poner en cuestión la extensión de la protección sanitaria a todos los residentes en España, incluso los que lo hagan legalmente, e incluso a poner en cuestión los medios legales para afrontar los problemas de la inmigración ilegal.

la protección. En la aceptación de las responsabilidades sanitarias por parte de las CC.AA., el argumento principal ha sido siempre el de poder hacerse con la gestión de los abundantes recursos económicos que suponen los traspasos de la asistencia sanitaria, e incluso la contribución de estos traspasos a la aplicabilidad de un nuevo sistema de financiación autonómica que resultaba inicialmente beneficioso para todas ellas<sup>38</sup>. Una vez recibidos los traspasos, la gestión sanitaria forma parte de los medios con los que contribuir a diferenciar y prestigiar a las propias entidades autonómicas, en lo que el mantenimiento de las condiciones de universalidad y extensión de la protección sanitaria no tiene un papel principal. Esa actitud es acorde con lo observado en otros países de corte federal<sup>39</sup>, en los que la universalidad de la protección sanitaria no se pone en cuestión,

pero en los que el problema principal es que la gestión de las provincias o estados federados, guiada por criterios de rentabilidad política general, no sólo no contribuye a controlar el gasto de los sistemas sanitarios respectivos, sino que forma parte de los mecanismos que contribuyen a su aumento, poniendo en cuestión por esa vía la extensión y la intensidad de la protección sin recurrir a otras vías (privadas, como copagos y tasas) de financiación.

Que las actitudes y problemas que se han descrito puedan superarse para consolidar la protección sanitaria en España como un bien de extensión universal parece tarea más propia del optimismo de una voluntad decidida a conseguirlo, que debe encontrar sus grupos de apoyo para hacerla efectiva, que del reconocimiento de las dificultades de distinto carácter que se oponen a su consecución.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Esping-Andersen G. The sustainability of Welfare States into the Twenty-First Century. *Int J Health Serv* 2000;30(1):1-12.
2. Weisbrod BA. The Health Care Quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost-containment. *Journal of Economic Literature* 1991;29(2):523-52.
3. Reinhardt UE, Hassey PS, Anderson GF. Cross-national comparisons of health care systems using OECD data, 1999. *Health Affairs* 2002;21(3):169-81.
4. Rey Biel P, Rey del Castillo J. Globalización y tecnologías sanitarias. En: *Globalización y Salud*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. (En edición).
5. Elola J, Daponte A, Navarro V. Health indicators and the organization of health care systems in Western Europe. *Am J Pub Health* 1995;85(10):1397-401.
6. Elola J. Health care systems reforms in Western European countries: the relevance of health care organization. *Int J Health Serv* 1996;26(2):239-51.
7. OECD. Towards high-performing health systems. Paris: OECD, 2004; p. 87.
8. Fiedler JL. The privatization of health care in three Latin American Social Security systems. *Health Policy Plan* 1996;11(4):406-17.
9. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med* 1999;340(14):1131-6.
10. Adeyi O, Chellaraj G, Goldstein E, Preker A, Ringold D. Health status during the transition in Central and Eastern Europe: development in reverse? *Health Policy Plan* 1997;12(2):132-45.
11. Sotelo I. El final de la socialdemocracia. *Claves de Razón Práctica* 2002;126:10-9.
12. Sotelo I. Una nueva política social. *El País*, 30 junio 2004; p. 13-4, col. 1-5.
13. Organización Mundial de la Salud. Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Madrid: OMS-Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997; p. 72-3, 133-7.
14. Price DC, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade Organization is shaping domestic policies in health care. *The Lancet* 2000;356:1889-92.
15. Pollock AM, Price D. Rewriting the regulations: how the World Trade Organization could accelerate priva-

- tization in health care systems. *The Lancet* 2000;356:1995-2000.
16. Timmins N. Los cinco gigantes: Una biografía del Estado de Bienestar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1993.
  17. Rey J. Unas notas sobre la situación de crisis y reforma en la asistencia sanitaria pública en Europa y Latinoamérica. En: Varios autores. La protección social de los trabajadores en América Latina y Europa. Madrid: UGT-Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo, 2003; p. 122-49.
  18. Rey J. Las políticas sanitarias como parte del Estado de Bienestar. En: Garde JA, editor. Informe 2000. Políticas sociales y Estado de Bienestar en España. Madrid: Fundación Hogar del Empleado, 2000; p. 225-78.
  19. Riesberg A, Busse R. Cost-shifting (and modernization) in German health care. *Euro Observer* 2003;5(4): 4-5.
  20. Bosch X. French government approves unpopular health reforms. *The Lancet* 2004;363:2148.
  21. Guillén A. La construcción política del sistema sanitario español: de la posguerra a la democracia. Madrid: ExLibris Ediciones, 2000.
  22. Lamata F. El cambio de un modelo de Seguridad Social al Sistema Nacional de salud. I. La financiación del sistema sanitario. En: Ortega F, Lamata F, editors. La década de la reforma sanitaria. Madrid: ExLibris Ediciones, 1998; p. 75-81.
  23. Tornos V. La consideración constitucional de los servicios sanitarios. En: Rey J, coord. Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras, 2001; p. 21-8.
  24. Vaquer M. La consideración constitucional de los servicios sanitarios. En: Rey J, coord. Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras, 2001; p. 41-62.
  25. Mercader J. La consideración constitucional de los servicios sanitarios. En: Rey J, coord. Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras, 2001; p. 29-39.
  26. Rey J. Los instrumentos de coordinación en el Estado descentralizado español. En: Rey J, coord. Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras, 2001; p. 289-310.
  27. Sevilla F. El cambio de un modelo de Seguridad Social al Sistema Nacional

- de Salud. II. El aseguramiento universal. En: Ortega F, Lamata F, editors. La década de la reforma sanitaria. Madrid: ExLibris Ediciones, 1998; p. 83-90.
28. Alfaro M, Barranco V, Navarro C. Algunas reflexiones sobre la cobertura de la asistencia sanitaria pública en España. *Revista de Administración Sanitaria* 2002;VI(23):123-41.
29. Pemán Gavín J. Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro. *Revista de Administración Pública* 2001;156:101-54.
30. Freire JM, Infante A, Rey J. La política de salud en el Estado de las autonomías. En: Garde JA, editor. Informe 2003. Políticas sociales y Estado de Bienestar en España. Madrid: Fundación Hogar del Empleado, 2003; p. 283-318.
31. Rey del Castillo J. Mecanismos de coordinación en servicios sanitarios. Aspectos generales y consideraciones y propuestas sobre el caso español. En: Cabasés JM, coord. La organización territorial de la sanidad. Ponencias de las XXII Jornadas de Economía de la salud. Pamplona: Universidad Pública de Navarra-Asociación de Economía de la Salud, 2002; p. 143-93.
32. Rey del Castillo J. La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de salud: ¿una frustración renovada o la apertura de una nueva esperanza? *Salud* 2000, 2003;91:3-5.
33. Rey del Castillo J. Algunos comentarios para el análisis de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* 2003;I(3): 365-402.
34. Rey del Castillo J. Una propuesta alternativa para la coordinación del Sistema nacional de salud español. Documento de Trabajo 9/2003. Madrid: Laboratorio de Alternativas-Fundación Alternativas, 2003.
35. Aja E. El Estado autonómico. Federalismo y hechos diferenciales. 1.<sup>a</sup> ed. Madrid: Alianza Editorial, 1999; p. 195-6.
36. Birnbaum N. Después del progreso. Reformismo social estadounidense y socialismo europeo en el siglo xx. Barcelona: Kriterion-Tusquets Editores, 2003.
37. Farmaindustria. Análisis de los determinantes de la evolución del gasto farmacéutico en el ámbito autonómico. Informe preparado por NERA. Madrid: Farmaindustria, 2004.
38. Rey del Castillo J. El acuerdo sobre la financiación sanitaria: ¿crónica de una muerte anunciada o todavía queda algo que hacer por defender un sis-

tema sanitario equitativo y universal?  
Revista de Administración Sanitaria  
2002;VI(21):69-95.

- 39.** Banting KG, Corbett S. Multi-level governance and health care: health policy in five federations. Paper pre-

sented to the Meetings of the American Political Science Association, August 29, 2002. Disponible en: [apsa-proceedings.cup.org/Site/abstracts/011/011020BantingKei.htm](http://apsa-proceedings.cup.org/Site/abstracts/011/011020BantingKei.htm). Accedido 15/4/2004.

