



**Foro de Liderazgo en Salud
Equidad en Salud. Hacia la Integración Sectorial.
13 y 14 de diciembre de 2007, Ciudad de México**

**Factores de éxito y problemas enfrentados para la integración
del Sistema de Salud Español**

**Dr. D. Alfredo Rivas Antón
Director General de la Fundación Salud y
Cooperación Internacional Carlos III del
Ministerio de Sanidad y Consumo de España**

Introducción

La integración de los aparatos asistenciales ha sido siempre un problema. En el Antiguo Régimen (régimen estamental: nobleza, clero y pueblo, éste dividido en españoles, indios y esclavos), la Administración Pública se sustentaba en tres pilares: un pilar militar, un pilar civil y un pilar eclesiástico. El pilar eclesiástico en la Monarquía española, la Iglesia católica, era el encargado de la asistencia social, a grosso modo de alimentar, alojar y curar a los pobres. Para estas funciones de alimentar, alojar y curar, prácticamente indistinguibles en aquel estadio de la evolución médica, creaba y sostenía hospitales, pero no lo hacían ni con integración territorial ni con integración funcional. Cada Congregación religiosa, Hermandad, Parroquia, Cofradía u Obispado, siguiendo los deseos de religiosos, hermanos, feligreses, cofrades u obispos, de las rentas propias o de las al efecto recabadas, crearon una estructura existencial con su particular órgano directivo, su edificio, sus funciones, su reglamento, etc. Estructuras particulares que dilapidaban parte importante de los recursos.

Con los años esta pérdida de recursos se agravaba al aumentar el número de estructuras. Cuando la ineficiencia parecía insoportable, la jerarquía eclesiástica o la Monarquía se veían obligadas a intervenir presionando hacia la racionalidad. Ordenaban en cada ocasión a racionalizar suprimiendo duplicaciones, eliminando estructuras de gestión inoperante y costosas, centrando las actividades, homogeneizándolas y territorializándolas, trataban, en fin, de integrarlas. Todo ello con escaso éxito. Como demuestra que cada veinticinco ó treinta años, había que volver a dictar normas racionalizadoras drásticas.

¿Por qué con escaso éxito? Porque entonces como ahora los intereses involucrados eran muchos. Los principales intereses involucrados, entonces como ahora, eran el clientelismo político y la ocasión para los gestores de derivar rentas, dicho de otro modo la ocasión de obtener ganancias de la corrupción.

No menos importancia tenían los intereses de distribución del manejo de las rentas o impuestos de los que se debían de mantener los hospitales, distribución de la que se derivaba poder intraeclesial.

Podía afirmarse que la no integración de los aparatos asistenciales del antiguo régimen tenía unas causas profundas.

Con la instauración del Régimen burgués tras la revolución Francesa y las Independencias, el conglomerado de estructuras asistenciales que sobrevivieron fueron adscritas al único poder que resultó del cambio: La Administración Pública, dividida en dos ramas: la Civil y la Militar. Siendo la civil la rama hegemónica.

La Administración Militar sobre la base de lo recibido o de nueva planta creó su propia red asistencial.

La Administración Civil repartió las estructuras recibidas entre sus brazos municipal, regional y estatal y creó nuevas estructuras que trataban de adaptarse a las nuevas posibilidades científico-técnicas y a las nuevas necesidades.

Nuevas posibilidades científico-técnicas exponencialmente magnificadas por los avances de la medicina pasteuriana.

Para ordenar lo recibido y encadenar lo que estaba creando se trató de establecer una racionalidad territorial/funcional, acorde con la nueva distribución territorial/funcional del poder público. Se crearon hospitales municipales, de diputación (nombre que damos al conjunto de municipios del ente territorial que denominamos, provincias, distritos o departamentos) y nacionales generales ó específicos de referencia.

En atención primaria se crearon y dotaron plazas de médicos, farmacéuticos, veterinarios y practicantes, funcionarios encargado del cuidado extrahospitalario de los pobres y de las funciones más elementales de prevención (vacunas) salubridad (aguas y abastos) y epidemiología (control estadístico de endemias).

Haciendo más complejo el conglomerado las estructuras estatales referidas, en general, se alienaron por Ministerios (Gobernación, Educación, etc.) y nunca desaparecieron del todo las estructuras asistenciales de la Iglesias y otros entes benéficos no públicos, lo que ahora denominamos ONGs.

Con la Aparición de la Seguridad Social hacia 1880 la principal de cuyas prestaciones en especie fue desde el primer momento el cuidado médico se añadió un nuevo ente gestor. Ente gestor que en unos casos aprovechó para la provisión de servicios médicos la estructura asistencial existente que reforzó. En otros casos los gestores de la Seguridad Social crearon estructuras de titularidad directa de la Seguridad Social para atender a sus derechohabientes. O lo más común sumaron a las estructuras asistenciales existentes las creadas por la Seguridad Social.

Al terminar la segunda guerra mundial todos los países occidentales estuvieran en ese momento más o menos industrializados, tenían una multitud de estructuras gestoras y prestacionales sin integrar.

Nivel Nacional

Ejército de Tierra

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Militares y Familiares	Procedente del Estado	Directa de consultorios de AP y hospitales	Directa por Médicos etc., Funcionarios del Ejército de Tierra

Ejército de Aire

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Militares y Familiares	Procedente del Estado	Directa de consultorios de AP y hospitales	Directa por Médicos etc., Funcionarios del Ejército del Aire

Marina de Guerra

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Militares y Familiares	Procedente del Estado	Directa de consultorios de AP y hospitales	Directa por Médicos etc., Funcionarios de Marina

Policía (adscrito al ejército de tierra o con estructura propia idéntica a las de los Ejércitos)

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Policías y Familiares	Procedente del Estado	Directa de consultorios de AP y hospitales	Directa por Médicos etc., Funcionarios de la Policía

Ministerio de Gobernación

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Población sin acceso a otros recursos asistenciales	Procedente del Estado vía Ministerio de Gobernación	Directa de consultorios de AP y hospitales así como aparatos de lucha contra las grandes epidemias	Directa por Médicos etc., Funcionarios del Ministerio de Gobernación

Ministerio de Trabajo

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Población derechohabiente o asegurada	De la Seguridad Social General y de las Mutuas y Mutualidades de Rama: Procedente de las contribuciones o primas de seguro obligatorias de empleadores y empleados	Directa de AP y hospitales. Indirecta de AP y directa de hospitales. Indirecta de AP y hospitales.	Directa con médicos, etc. asalariados, o Subcontratada a estructuras asistenciales pre-existentes públicas o privadas

Ministerio de Educación

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Población sin acceso a otros recursos asistenciales	Procedente del Estado Vía Ministerio de Educación	Directa de hospitales clínicos universitarios	Directa por Médicos etc., Profesores Funcionarios del Ministerio de Educación

Nivel Regional

Cada Diputación Provincial (en España cincuenta).

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Población sin acceso a otros recursos asistenciales	Procedente de impuestos regionales y de subvenciones estatales	Directa de un hospital psiquiátrico y un hospital general por Diputación	Directa por Médicos etc., Funcionarios de la Diputación

Nivel Local

Los Municipios/Ayuntamientos/Corregimientos/Cámaras Municipales todos tenían la obligación de proveer la AP a los pobres, cuando la población era suficiente tenían la obligación de sostener hospitales, casas de socorro, dispensarios específicos para las endemias y consultorios extrahospitalarios para otras especialidades.

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Población sin acceso a otros recursos asistenciales	Procedente de impuestos municipales con subvenciones regionales y estatales	Directa de hospital, casa de socorro, dispensarios o consultorios extrahospitalarios y AP.	Directa por Médicos, etc, Funcionarios de los Municipios

Organizaciones no gubernamentales (privadas sin ánimo de lucro religiosas o laicas.

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Población sin acceso a otros recursos asistenciales	Procedente de recursos propios con subvenciones estatales, regionales municipales e internacionales	Directa de hospitales y AP.	Directa por Médicos etc., asalariados, y por voluntarios

Organizaciones privadas con ánimo de lucro

Población atendida	Financiación	Gestión	Provisión
Población con capacidad de pago	Procedente de los pagos de los usuarios	Directa de hospitales	Directa por Médicos etc., asalariados, o copropietarios

La Seguridad Social Obligatoria en España y la Integración de un Sistema de Salud Homogéneo Integrado

La situación descrita al finalizar la II Guerra Mundial, para todos los países occidentales (incluyo en ellos a los de América Latina), era la situación de España. El conglomerado, el conjunto de gestores y proveedores distaba de ser ordenado y más de ser integrado. Realmente no era un sistema puesto que adolecía de la característica principal de un sistema, entendiendo como sistema el "conjunto ordenado de cosas y acciones encaminados racionalmente a la consecución de un fin".

Cuando en 1942 se promulgó el seguro obligatorio de enfermedad, se evitó apuntar hacia un sistema integrado, las resistencias a la promulgación de un sistema obligatorio eran ya muchas y amenazar los

intereses del conglomerado sanitario las hubiera endurecido hasta el punto de hacer imposible su desarrollo. En consecuencia se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) como un actor más en un sistema fragmentado. Ni en los escritos más entusiastas de sus creadores se preveía que el Seguro obligatorio de enfermedad llegaría a integrar un sistema de salud nacional universalista. El Seguro obligatorio de enfermedad de 1942 salía como Seguro para trabajadores de salarios bajos y con prestaciones limitadas.

He aquí una descripción del Seguro obligatorio de enfermedad redactada por su creador en 1945:

“En síntesis, el Seguro de Enfermedad presenta estas características: todos los trabajadores de España cuyas rentas de trabajo no sobrepasen las 9.000 pesetas, y los manuales en todo caso. Beneficiarios: los asegurados y sus familias. Prestaciones sanitarias, asistencia médica domiciliaria por enfermedad y maternidad. Especialidades, sanatoriales por un máximo de veintiséis semanas al año. Hospitalización, doce semanas. Prestación farmacéutica gratuita. Prestaciones económicas: el 60 por 100, y subsidios de lactancia en maternidad, el 50 por 100 del salario en caso de enfermedad, sin perjuicio de los beneficios que otros Seguros correspondan, y sin que puedan sobrepasar el 90 por 100. Por fallecimiento se abona veinte veces la retribución de un día. Institución aseguradora única: el Instituto Nacional de Previsión, en régimen de colaboración con entidades privadas. Prima mixta a partes iguales entre obrero y patronos, medida en porcentaje del salario-base. En esta primera etapa de funcionamiento, limitada a trabajadores por cuenta ajena en el campo de aplicación y a la asistencia médica y farmacéutica en la prestación sanitaria, la prima ha sido establecida en 5,013²²

Este es el esqueleto del Seguro de Enfermedad Español concebido con arreglo a las más metódica técnica moderna de las instituciones de Previsión que protegerá en su régimen pleno de desarrollo alrededor de 16.000.000 de españoles y cuyo plan de instalaciones a realizar en diez años importa aproximadamente pesetas 1.000 millones” (Girón de Velasco, 1945: 20-21).

22

La prima del seguro, para su primera etapa y con carácter revisable, fue establecida por O.M. de 3 de junio de 1944, fijándola en el 5,013 por 100 de las rentas del trabajo, a satisfacer, la mitad por el patrono y la otra mitad por el trabajador.

Nació contra el parecer de las Mutualidades y otras Mutuales o Seguros Privados, entidades con fuertes intereses económicos y sólidas adscripciones políticas contra el parecer de muchos médicos y con el escepticismo de los potenciales beneficiarios. De hecho estas presiones rompieron la unidad gestora decretada inicialmente en el Reglamento del 1943 sólo cuatro meses después (marzo de 1944) al conseguir algunas de estas mutualidades ser admitidas como cogestoras de la seguridad social bajo el nombre de entidades colaboradoras.

Obtuvieron patente de colaboradoras:

- La Obra Sindical 18 de Julio
- El Instituto Social de la Marina
- Las Mutualidades de rama persistente
- Algunos Montepíos
- Algunos Igualatorios
- Algunas Mutuas Mercantiles
- Algunas Cajas de Empresa

A estas Colaboradoras podía el Seguro obligatorio ceder gestión y comprar servicios. Era esta posibilidad una fuente de disgregación que por la férrea voluntad de los gestores del seguro obligatorio de enfermedad en aquel momento no fue a más.

Algunas ideas sobre lo que se quería del médico y las características que debía cumplir este recurso humano sí estaban claras. En 1949 uno de sus ideólogos escribía:

“se prevé una Medicina social en la que el médico no podrá oponer su deber individual a sus deber social, ni reclamar una autonomía que haga imposible su labor concertada. El médico no estará sólo al servicio del enfermo, sino también de la Sanidad pública. Tendrá que hacer a la vez de higienista y de terapeuta, interviniendo en la Medicina social y prestándose a un trabajo de Medicina en equipo, con organización necesaria que remontará la crisis actual. El médico debe vivir de salud, y no de la enfermedad. Si desea que no haya una Medicina de ricos y otra de pobres, será necesario distribuir los cuidados asistenciales, sea por un servicio médico público, o sea por un sistema generalizado de seguro. Seguramente, sólo a través de un sistema de médicos funcionarios podrá darse realidad a todo este programa de Medicina social” (Villar Salinas, 1949: 242-244).

Seis años antes de que se publicaran estas opiniones, en julio de 1943 se había nombrado funcionarios estatutarios) de Seguro Obligatorio de Enfermedad a 16.000 médicos (50% del total de médicos españoles en ese momento). De estos 16.000 los médicos de pueblo acumulaban a su condición de funcionarios de la Seguridad Social la previa condición de funcionarios a tiempo parcial del Ministerio de Gobernación. En las ciudades universitarias acumulaban a su condición de profesores la nueva de médicos de zona (AP) o Especialistas extrahospitalarios de la Seguridad Social. En capitales de provincia a la condición previa de funcionario del hospital provincial o de la casa de socorro municipal o del dispensario municipal, añadían la de médico de la Seguridad Social. Todos ejercían algún tipo de medicina privada, los Especialistas de las capitales habitualmente pagados por acto médico. Los de los pueblos pagados por un sistema capitativo anual, familiar, llamado iguala. Por el sistema de iguala cada familia pagaba al médico de manera directa una cantidad anual que les daba derecho a ser asistidos tantas veces como lo necesitaran. Desde el principio el médico no podía recibir iguala de las familias aseguradas.

Hacia 1955 de 28.700.000 españoles recibían prestaciones sanitarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad General: 11.800.000, del Seguro Obligatorio General Agrícola: 3.200.000, tenían cobertura de la Mutua de Funcionarios: 500.000; tenían Seguro privado escasos 500.000 y estaban en el Censo de Beneficiencia (pobres): 500.000, sin Seguro el resto. Este resto de españoles que estaban sin seguro, para las enfermedades catastróficas: cáncer, tuberculosis, malaria, etc. acudía al conglomerado de hospitales y dispensarios públicos dependientes como hemos visto del Estado, las Diputaciones y los Ayuntamientos/Municipios. La asistencia era gratuita pero rara vez de calidad.

El Inicio del desarrollo

Hacia 1960 España comenzó una rápida industrialización y urbanización que se prolonga hasta hoy.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, el texto operativo de 1966, el texto refundido de 1974, crearon un sistema de Seguridad Social más compacto, más funcional, más subordinado al Ministerio de Trabajo y luego al de Hacienda. Crearon, en fin, un sistema de Seguridad Social homologable con el de los demás países industrializados de Europa Occidental. Como ejemplo del mayor control por el Ministerio de Trabajo se eliminó la posibilidad de que las Mutuas Mercantiles fueran gestoras de la Seguridad Social.

Estas normas de elevado rango que consolidaron el sistema de Seguridad Social aparentemente tuvieron poco reflejo normativo en la estructura gestora y proveedora de Servicios Asistenciales Sanitarios de la Seguridad Social, que llamaremos desde ahora administración sanitaria de la Seguridad Social.

Ya en el 1960 estaba configurada como piramidal, jerarquizada. En la cúspide hospitales de referencia, en la base los médicos de atención primaria llamados médicos de zona. Todos asalariados de la Seguridad Social y todos trabajando en edificios y equipamientos propiedad de la Seguridad Social.

Pero sin ser el reflejo normativo importante, si resultó importantísimo el desarrollo de todo el conjunto al permitir el cambio de Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) a sistema de Seguridad Social la inclusión en éste de millones de españoles de cualquier salario y condición.

Se habían eliminado los topes salariales para que un trabajador pudiera ser incluido y se había hecho incluíble prácticamente cualquier oficio, profesión o rama de la producción. La Seguridad Social empezó a gozar de superávits anuales y su parte prestacional en especie, la Asistencia sanitario-médica, empezó a crecer al mismo o mayor ritmo que crecía la industrialización.

La Administración Sanitaria de la Seguridad Social proveedora directa, con medios propios, de la asistencia sanitaria de los derechohabientes comenzó a ser hegemónica. Fue dejando atrás a los otros actores del conglomerado asistencial.

A los hospitales que construyó en toda España, siguiendo criterios poblacionales (número de derechohabientes), a los miles de Centros de Salud que construyó siguiendo el mismo criterio se unió su capacidad de compra pues aunque el sistema propio creció, no creció lo suficiente en el ámbito hospitalario y se vio en la necesidad de aumentar la compra de servicios hospitalarios ajenos. Comprando con marcadísima preferencia servicios de los hospitales de las otras Administraciones Públicas.

A la muerte de Franco en 1975 la Admon Sanitaria de la Seguridad Social tiene tal hegemonía que ejerce sobre las otras entidades hospitalarias toda la presión que le permite su virtual monopsonio. Ejerció sus privilegios de comprador único en lo hospitalario y en la atención primaria ya para entonces casi toda en manos de sus médicos de zona o médicos de familia de la Seguridad Social. La población acogida por el Sistema de la Seguridad Social era ya el 85% del total.

Por esta vía sin aparato normativo de alto rango, sin grandes declaraciones políticas, se fueron integrando funcionalmente en la Administración Sanitaria de la Seguridad Social los demás Hospitales públicos, privados sin ánimo de lucro (por ejemplo los de Cruz Roja), y algunos privados.

Es necesario aclarar que la construcción por la Seguridad Social de una red hospitalaria propia no fue una decisión política expresa. Surgió al coincidir el superávit de la Seguridad Social (era mínimo el número de trabajadores cobrando pensión), la falta de construcción civil (déficit del Estado), y algo que para los técnicos gestores de la Seguridad Social era manifiesto: "la incapacidad de las Administraciones Públicas

estatales, regionales y municipales propietarias de los hospitales para transformar éstos en hospitales modernos, adecuados a las exigencias de la medicina europea de los años 1960”.

Ante la incapacidad del Ministerio de Gobernación, del Ministerio de Educación de las Diputaciones y de los Municipios de mejorar sus hospitales que se mantenían en estructuras físicas y gestoras decimonónicas. Ante la disponibilidad de las Empresas constructoras. Ante el superávit y considerándose mucho más capaces que otras Entidades públicas o privadas para gestionar esas grandes empresas que son los hospitales, los técnicos de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social iniciaron un plan de construcciones que al desarrollarse creó, de nueva planta, una red hospitalaria interconectada, homogénea, homologable con cualquier otra occidental y distribuída según población. Un verdadero sistema hospitalario en red en el que cada hospital, internamente, estaba distribuido en servicios jerarquizados a cargo de jefes de servicios, jefes de sección y médicos de planta, con horario de cuarenta horas más guardias, con bloqueo de título con otra actividad que no fuera la puramente privada fuera del hospital.

Los hospitales de la Seguridad Social, nunca tuvieron pensionado, ni camas privadas, ni consultas externas privadas ni ningún tipo de escape organizacional para ventaja personal del médico o de unos derechohabientes respecto a otros, menos aún de los no derechohabientes con respecto a los derechohabientes.

Por iguales causas, incapacidad de las otras administraciones, oferta y superávit se construyó la red de Atención Primaria homogénea y distribuida según factores territoriales y poblacionales.

A estas tres causas se añadió en el caso de Atención Primaria la importancia que todos los médicos preocupados por la salud de la Comunitaria dieron siempre a la Medicina General, Medicina de Familia o Atención Primaria, muchos años antes de la Declaración de Alma Atta.

A diferencia de Francia, Bélgica o Alemania, también con Seguridad Social Bismarckiana en la concepción inicial de su Asistencia Sanitaria para el derechohabiente, en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad y su sucesora la Seguridad Social, optó por funcionarizar al médico de familia mediante un salario que tiene dos componentes: una fija y una capítativa. Así sigue.

La integración de los hospitales se produjo por el uso (u abuso) del comentado monopsonio de la Seguridad social a partir de los años 1960.

La integración de la atención primaria tuvo igual causa al estar casi toda la población dentro de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, al desaparecer la población sin derecho a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad social, los médicos de Atención Primaria fueron quedando sin clientela privada en un proceso de quince o veinte años abandonaron la privada (pagada por acto o por iguala) para ceñirse a su labor de médicos de la Seguridad Social.

La hegemonía de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social y su evidente mayor capacidad gestora le llevó en los años setenta a incidir en la Formación/Capacitación de sus recursos humanos y en consecuencia de los recursos humanos en salud de todo el País. Ante la inadecuación del número de enfermeras creó escuelas de Enfermería en sus hospitales. Ante la inadecuación del sistema de acceso a las especialidades médicas, de la formación de los especialistas y de su número en los años 1970 la Seguridad Social creó, a imitación de los grandes hospitales de los EEUU, (e impulsado por los

profesionales que volvían de los EEUU), el sistema de especialización vía Médicos Internos y Residentes (MIR). Dotó, presupuestariamente, el número de plazas de Residentes que de cada Especialidad consideró oportuno, estableció un examen nacional único para acceder a esas plazas (que gozan de contrato laboral a cargo de la Seguridad Social y pago de guardias) y por último, logró de Presidencia de Gobierno un Decreto que impuso al Ministerio de Educación a las Universidades y a los Colegios Oficiales de Médicos la eliminación de cualquier otra forma de acceder a la Especialidad Medica que no fuera la vía MIR desarrollada en los hospitales de la Seguridad Social o en otros hospitales públicos o privados sin ánimo de lucro que el servicio de acreditación/inspección de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social consideraba lo merecían.

Hacia 1985 la integración funcional del Sistema de Salud por pertenecer a la red de la Seguridad Social o por adhesión a ella se había, prácticamente, completado.

Flecos sin resolver

Estaba sin resolver en 1985 cuando empezó la "devolución" a los Entes regionales (transferencia a las Comunidades Autónomas).

- En lo funcional:

- a) La integración en el Sistema General de la Psiquiatría.
- b) La integración de la Salud laboral.

- En lo poblacional:

- 1.- La inclusión del colectivo de funcionarios de la Administración Central del Estado y de la Mutualidad General Nacional de la Justicia en el Sistema general. Ellos tienen un sistema mutual dentro de la Seguridad Social pero de provisión privada pagada por acto. Privilegiado en ciudades con nivel aceptable o bueno en medicina privada.
- 2.- La inclusión del 3% de los españoles que no pertenecen a ningún grupo cubierto.

A lo largo de los últimos 22 años la Psiquiatría ha ido integrándose en los servicios regionales de salud, directos herederos de la parte del Sistema Nacional de Salud ubicado en su territorio.

Los funcionarios de la Administración Central y de la Justicia siguen con su Mutualidad.

La Salud laboral sigue sin integrarse sigue dependiendo de las Mutualidades de accidente de trabajo integradas como colaboradoras de la Seguridad Social y adscritas al Ministerio de Trabajo.

El procesote devolución: transferencias de la administración sanitaria de la seguridad social y de la asistencia sanitaria del estado de las diputaciones provinciales y los municipios a las regiones (comunidades autónomas)

El proceso de "devolución" ordenado por la Constitución democrática de 1978 transformó el Estado español de centralista en federal, este cambio Constitucional ha tenido un profundo reflejo en el Sistema de Salud. En Salud el proceso de evolución se ha llevado a cabo en tres etapas muy diferenciadas:

1º.- En el mismo día de la aprobación de la Constitución todas las Regiones (Comunidades Autónomas) recibieron los poderes, presupuestos, funcionarios e instalaciones que se podían acoger al epígrafe constitucional "Salubridad e Higiene".

2º.- A lo largo de la década de los 80 todas las Regiones fueron recibiendo, desde arriba, desde el Estado Central los poderes, presupuestos, funcionarios e instalaciones, propiedad del Estado Central ubicados en el territorio de esa Región. Por ejemplo los hospitales antituberculosos.

Desde abajo, desde los Municipios y Diputaciones Provinciales, los Gobiernos Regionales fueron recibiendo los hospitales propiedad de estas entidades locales.

Salvo en Cataluña, donde la integración funcional descrita no había sido tan radical, en las demás Regiones se recibieron los poderes, presupuestos, funcionarios e instalaciones ya, en lo más relevante de los casos, financiados y gestionados por la Administración Sanitaria de la Seguridad Social aunque se mantuviera la propiedad formal por el Estado Central, las Diputaciones o los Municipios. Es decir, se recibieron integrados, funcionalmente integrados. Las Regiones excepto Cataluña, fuera cual fuera la ideología política de su gobierno regional acentuaron la integración.

Como hemos dicho antes la Atención Primaria ya estaba integrada y era homogénea y así sigue bajo los Gobiernos Regionales.

Asimismo en la década de los '80 las Regiones más caracterizadas pudieron incluir en su Ley fundacional (Estatuto) la capacidad de recibir, delegada de la Seguridad Social, la gestión Administración Sanitaria de la Seguridad Social. A excepción de Cataluña (cuyo conglomerado asistencial previo a la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 estaba ampliamente desarrollado), todos los Gobiernos Regionales al recibir la Red Asistencial de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social, acentuaron la integración nucleada por esta Red.

3º.- A lo largo de los '90 las diez Comunidades restantes fueron acomodando sus leyes fundacionales para recibir la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, recibéndolas definitivamente en el 2000. Estas Regiones, como las anteriores, acabaron la integración en torno a la red de la Seguridad Social.

Evolución Financiera y cambio de Modelo

A la vez que se producía el traspaso de todas las competencias de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social a las últimas Regiones se cumplía lo determinado en la Ley General de Sanidad de 1986 que creaba el Sistema Nacional de Salud a financiar por impuestos generales, como derecho ciudadano y constituido por el conjunto de los diecisiete servicios de salud regionales más el Ministerio de Sanidad, el Instituto de Salud Carlos III (que carecen de actividad Asistencial) y el Ente gestor de la asistencia en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

La asistencia sanitaria gratuita y universal para todos los españoles dejaba de ser un derecho procedente de ser titular de la Seguridad Social o acogido a un titular (derechohabiente) para ser un derecho de ciudadanía. Pasábamos del sistema Bismarck a un sistema Beveridge.

La Seguridad Social ya no es ni financiadora ni gestora de la Asistencia Sanitaria. Su papel se ciñe ahora al sistema previsional de invalidez, jubilación y desempleo.

Actualmente las Regiones reciben desde el Estado Central para el común de sus gastos una cantidad con la que tienen que financiar todos sus gastos, incluido su Servicio regional de salud.

No hay pues ya financiación ni del Estado Central ni de la Seguridad Social finalista para la Asistencia Sanitaria.

Como se podrá ver en las tablas, la subvención del Estado a la Seguridad Social pasó del 1970 al 1999 del 1% del presupuesto de la Seguridad Social al 30%. En ese año el 30% del presupuesto de la Seguridad Social coincidía exactamente con el coste de la asistencia sanitaria de ese 97% de la población que cubría la Seguridad Social. Es decir, en el 1999 ya era el Estado con sus impuestos generales quien financiaba de hecho el sistema de salud aunque lo hacía a través de una subvención anual a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Desde el 2000 son el Estado Central con sus impuestos generales y las Regiones con sus impuestos autonómicos (ésto en muy pequeña proporción), quienes financian el Sistema Nacional de Salud.

Conclusión

Desde el año 1940 al 1985 (cuarenta y cinco años) se desarrolló un proceso de jerarquización, de homogeneización, de integración funcional e integración orgánica de todo el conglomerado sanitario liderado por la Administración Sanitaria de la Seguridad Social.

Con el proceso de integración encauzado y prácticamente terminado se inició en 1985 un proceso de partición territorial acorde con la nueva Constitución que trasladó la responsabilidad gestora del Estado Central (Ministerio de Sanidad y Ministerio de Trabajo-Seguridad Social) a los Gobiernos Regionales.

En los veintidós años transcurridos desde el 1985 la práctica de los Gobiernos Regionales ha seguido incidiendo en la integración funcional y orgánica de la parte del sistema que correspondió a cada Región. Ello es así a pesar de algunas experiencias piloto en la tónica de la política de diversificación de pagador/proveedor ahora en boga. Experiencias, en España, en el nivel regional más dictadas por la necesidad de ingeniería financiera o por la necesidad de distinción política entre partidos que por consideraciones probadas de eficacia eficiencia o efectividad.

Nota: TABLAS Y ANEXOS DE ESTE ARTÍCULO LOS PODRÁN CONSULTAR EN LA PÁGINA DEL FORO DE LIDERAZGO EN SALUD
<http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/foro.html>