



CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y
Cooperativa, nº 12, diciembre 1991, pp. 129-143

Marco normativo para una planificación estratégica de las mutualidades de asistencia sanitaria

Alberto Romero Gago
Secretario del Comité de Asistencia Sanitaria

**MARCO NORMATIVO PARA
UNA PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA DE LAS
MUTUALIDADES DE
ASISTENCIA SANITARIA**

ALBERTO ROMERO GAGO

Secretario del Comité de Asistencia Sanitaria

1. INTRODUCCIÓN

Es el presente informe una introducción al marco normativo en materia de Salud en España, ha sido redactado por los Servicios Técnicos de la Confederación Nacional de Entidades de Previsión Social, con el objeto de servir de apoyo a una eventual planificación estratégica de las mutualidades de previsión social de asistencia sanitaria.

Los patrones de morbi-mortalidad en España demuestran un aumento espectacular en la esperanza de vida de la población española. Por otro lado, los descensos de la tasa de natalidad, muy acusados hoy en día, van produciendo un envejecimiento progresivo de la población.

Las mutualidades de previsión social tienen un papel social de trascendental importancia al ser entidades que desarrollan su actividad sin ánimo de lucro y aplican el principio de solidaridad intergeneracional en la distribución de los costes sanitarios.

Estos supuestos son los pilares básicos para la colaboración del sector privado en el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.), y constituyen los antecedentes normativos para el estudio de un desarrollo de un sistema de salud mixto en España.

2. CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 27 DE DICIEMBRE DE 1978

Dentro del marco normativo español referente a la asistencia sanitaria pública y privada nos tenemos que referir a la Constitución Española de 27 de diciembre de 1978 como norma fundamental que supone una alteración del ordenamiento vigente hasta entonces y la introducción de unos condicionamientos y requisitos ineludibles cara al futuro.

En este marco fundamental encontramos las siguientes referencias al tema que nos ocupa y concordantes:

El derecho a la salud está recogido en el artículo 43.1

de la Constitución de la forma siguiente:

"1. Se reconoce el derecho a la **protección de la salud**.

2. Compete a los poderes públicos **organizar** y tutelar la **salud pública** a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la **educación sanitaria**, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio".

La Constitución se refiere a la dignidad de la persona en el artículo 10.1.

"1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, **el libre desarrollo de la personalidad**, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social".

El derecho a la vida y a la integridad física y moral en el artículo 15 de esta manera:

"Todos tienen **derecho a la vida y a la integridad física** y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra".

El derecho a la intimidad personal y familiar en el 18.1 y 20.4 así:

"1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

...

4. Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia".

La protección a la infancia y a la juventud en los artículos 20.4 ya mencionado y el 39.4.

“4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.

La Seguridad e higiene en el trabajo en el artículo 40.2:

“2. Asimismo, los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la **seguridad e higiene en el trabajo** y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados”.

En el artículo 41 la Seguridad Social para todos los ciudadanos:

“Los poderes públicos mantendrán un **régimen público de Seguridad Social** para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. **La asistencia y prestaciones complementarias serán libres**”.

La protección y mejora de la calidad de vida y el medio ambiente en el artículo 45:

“1. Todos tienen el derecho a disfrutar de **un medio ambiente** adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo.

2. Los poderes públicos velarán por la utilización racional de todos los recursos naturales, con el fin de proteger y mejorar la **calidad de vida** y defender y restaurar el medio ambiente, apoyándose en la indispensable **solidaridad colectiva**.

3. Para quienes violen lo dispuesto en el apartado anterior, en los términos que la ley fije se establecerán sanciones penales o, en su caso, administrativas, así como la obligación de reparar el daño causado”.

En cuanto a la previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos el artículo 49 dice lo siguiente:

“Los poderes públicos realizarán una política de **previ-**

sión, tratamiento, rehabilitación e integración de los **disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos**, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

La atención de los problemas específicos de salud durante la tercera edad quedan reflejados en el artículo 50 como sigue:

“Los poderes públicos garantizarán, mediante **pensiones adecuadas** y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de **servicios sociales**, que atenderán sus problemas específicos de **salud, vivienda**, cultura y ocio”.

La protección de la salud de los consumidores y usuarios en el artículo 51:

“1. Los poderes públicos garantizarán la **defensa de los consumidores** y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, **la salud** y los legítimos intereses económicos de los mismos.

2. Los poderes públicos promoverán la información y la educación de los consumidores y usuarios, fomentarán sus organizaciones y oírán a éstas en las cuestiones que puedan afectar a aquellos, en los términos que la ley establezca.

3. En el marco de lo dispuesto en los apartados anteriores, la ley regulará el comercio interior y el régimen de autorización de productos comerciales”.

3. LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, LEY GENERAL SANITARIA.

3.1. Organismos consultivos y de información

El sistema Sanitario Español queda definido en la Ley

14/1986, de 25 de abril (B.O.E. del 29) Ley General Sanitaria (L.G.S.) dando respuesta al mandato constitucional recogido en el artículo 43 de la Constitución Española.

Esta Ley establece en el art. 1.1. del título preliminar "Del derecho a la protección de la salud" lo siguiente:

"1. La presente ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución".

a) Coordinación General Sanitaria

En el capítulo cuarto de la mencionada ley titulado "De la coordinación general sanitaria", se establece, en los artículos 70.2 y 70.3 que será el Gobierno el que elabore "los criterios generales de coordinación sanitaria de acuerdo con las previsiones que le sean suministradas por las Comunidades Autónomas y el asesoramiento y colaboración de los sindicatos y organizaciones empresariales".

"La coordinación general sanitaria incluirá:

- a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y de personal sanitario y los mapas sanitarios nacionales.
- b) La determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.
- c) El marco de actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.
- d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios".

Para esta coordinación general sanitaria el ordenamiento dispone, en el artículo 74 de la L.G.S. el Plan Integrado de Salud "que deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria elaborados por el Gobierno de acuerdo con lo previsto en el artículo 70, recogerá en un

documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. Asimismo relacionará las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación”.

El departamento de sanidad de la Administración del Estado es el encargado de confeccionar el Plan Integrado de Salud y se entenderá definitivamente formulado una vez que tenga conocimiento del mismo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Una vez oído éste será el Gobierno quien dé la aprobación definitiva del plan.

b) Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud con la Administración del Estado. Este organismo está integrado por representantes de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado.

Entre sus funciones está la coordinación de las líneas básicas de la política de adquisiciones y de contratación de productos farmacéuticos, sanitarios y otros bienes.

Tiene también funciones de planificación relacionadas con el Plan Integrado de Salud y la propuesta y redacción de programas relacionados con la promoción de la salud.

El Presidente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el Ministro de Sanidad y Consumo.

c) Instituto de la Salud “Carlos III”

El departamento de sanidad de la Administración del Estado y los distintos servicios de salud de las Comunidades Autónomas tienen al Instituto de la Salud “Carlos III”, como órgano de apoyo científico-técnico. Este instituto consta de un consejo de dirección cuyo presidente es el Ministro de Sanidad y Consumo.

Dentro de las funciones del Instituto de Salud “Carlos III”

está cualquiera que sea de interés para el Sistema Nacional de Salud.

3.2. Distribución de competencias

La distribución de competencias y funciones entre los distintos estamentos administrativos se establece a través del desarrollo de la Constitución Española de la Ley General de Sanidad, la Ley de Régimen Local y los Estatutos de Autonomía. A estas tres normas básicas deben sumarse las resoluciones del Tribunal Constitucional a los recursos planteados por parte del Estado o de los gobiernos autonómicos en los conflictos de delimitación de competencias y que permiten ir dibujando los límites más nítidamente.

A grandes rasgos se pueden definir las competencias de la Administración como básicas, sean legislativas, informativas o de planificación y de coordinación; las de las CC.AA. de desarrollo normativo, planificación y programación regional y control y organización de la gestión sanitaria directa; de las zonas básicas de salud de ejecución y prestación de los servicios de educación de la salud, promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Por último a las corporaciones locales compete el control sanitario medio ambiental.

A continuación se esbozan los grandes epígrafes de esta distribución competencial.

- Competencias del Estado.

Son competencias exclusivas del Estado, la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.

Son actividades de sanidad exterior todas aquéllas que se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Para su ejecución el Ministerio de Sanidad y Consumo colabora con otros departamentos a fin de coordinar las actividades de inspección o control.

La colaboración con organismos internacionales se lleva

a cabo en sectores como el control epidemiológico, lucha contra enfermedades transmisibles, conservación del medio ambiente, perfeccionamiento y puesta en marcha de normativas internacionales, etc. Dentro de esta línea entronca la participación española en foros, como la O.M.S., comités de expertos del Consejo de Europa, elaboración y participación en el perfeccionamiento de directivas y recomendaciones de la C.E.E. así como la firma de acuerdos de cooperación bilateral con países concretos.

La alta inspección constituye el segundo bloque de competencias exclusivas. Comprende las actividades de supervisión, evaluación y seguimiento de la gestión llevada a cabo por las CC.AA., asegurando la adecuación de los objetivos de las CC.AA. en sus planes y programas a los de carácter general establecidos para todo el Estado. Todo ello se produce en un contexto de participación democrática, de ausencia de discriminación y de coherencia de un sistema nacional de salud armónico y solidario.

El tercer bloque de actuaciones a desarrollar por la Administración del Estado comprende un conjunto de actividades reglamentarias y normativas cuya uniformidad es considerada como imprescindible y básica para impedir la existencia de discriminaciones entre las CC.AA., en áreas como el medio ambiente, la alimentación humana, medicamentos y el mantenimiento de una información que posibilite la programación, planificación y seguimiento de los servicios sanitarios.

- Competencias de las Comunidades Autónomas.

Están definidas específicamente en sus estatutos de autonomía. Hasta el momento actual las competencias en salud pública han sido asumidas por todas las CC.AA. Sin embargo, la gestión de los servicios asistenciales sólo ha sido transferida a Cataluña, Andalucía, País Valenciano y País Vasco. Se prevee la continuación y generalización de este proceso de transferencias, pudiendo realizar por delegación del Gobierno o mediante reforma de los estatutos de autonomía de las CC.AA. afectadas.

- Competencias de las Corporaciones Locales (CCLL)

Las Corporaciones Locales, a pesar de la reducción en sus competencias sanitarias, introducidas por la Ley General de Sanidad, mantienen un importante sector de responsabilidad, como el de asegurar un medio ambiente sano y que posibilite un estado saludable de sus ciudadanos.

Además de la participación en los órganos de dirección de las áreas de salud, tienen como funciones:

- a) El control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.
- b) El control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
- c) El control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico-deportivas y de recreo.
- d) El control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.
- e) El control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

Para el desarrollo de estas funciones, los Ayuntamientos deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación estén comprendidos.

3.3. Ley de Sanidad y la Economía Social

3.3.1. Coordinación del S.N.S. con la Economía Social (art. 92).

La Administración Sanitaria facilitará la libre actividad de las asociaciones de usuarios de la sanidad, de las

entidades sin ánimo de lucro y cooperativas de tipo sanitario, de acuerdo con la legislación aplicable, propiciando su actuación coordinada con el sistema sanitario público.

Para acogerse a estos beneficios existen las siguientes limitaciones establecidas en el artículo 92.2:

- “2. No podrán acogerse a los beneficios a que diere lugar tal reconocimiento de las asociaciones o entidades en las que concurra alguna de estas circunstancias:
- a) Incluir como asociados a personas jurídicas con ánimo de lucro.
 - b) Percibir ayudas o subvenciones de las empresas o agrupaciones de empresas que suministrarán bienes o productos a los consumidores o usuarios.
 - c) Realizar publicidad comercial o no meramente informativa de servicios.
 - d) Dedicarse a actividades distintas de la defensa de los intereses de los consumidores o usuarios, sin perjuicio de las prestaciones que obligatoriamente deben proporcionar a sus socios las entidades cooperativas.
 - e) Actuar con manifiesta temeridad, judicialmente apreciada”.

3.3.2. Conciertos para la prestación de servicios sanitarios (arts. 90, 91 y 92 L.G.)

Las Administraciones públicas, una vez optimizados sus recursos propios, podrán establecer conciertos sanitarios con entidades ajenas a la administración. Estos conciertos se establecerán con prioridad, cuando existan condiciones de eficacia, calidad y costes análogos, en los centros de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo.

Serán las Administraciones públicas las que fijen los requisitos para estos conciertos con entidades privadas y que no podrán éstas establecer servicios complementarios respecto de los que existen en centros sanitarios públicos dependientes de la Administración pública concertante.

Estos centros sanitarios podrán recibir ayudas para la realización de actividades calificadas de alto interés social. Ayudas que no podrán ser destinadas a otro fin que a las actividades calificadas. Será el Gobierno el que por Real Decreto califique la actividad sanitaria de alto interés social.

3.3.3. Conciertos con hospitales privados (arts. 66, 67, 193 y 94 Ley 141/86 L.G.S.).

Podrán vincularse a la red pública de hospitales aquellos hospitales que lo soliciten, de acuerdo con un protocolo definido, siempre que sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen, y si las disposiciones económicas del sector público lo permiten.

Estos hospitales serán vinculados al sistema nacional de salud (1) y a través de convenios quedará asegurado que la atención sanitaria se imparte en condiciones de gratuidad por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo.

No podrán ser vinculados al S.N.S., los hospitales y establecimientos cuando en alguno de sus trabajadores concurren incompatibilidades del personal al servicio de la Administración pública.

Los hospitales privados vinculados al S.N.S. tendrán igual inspección que los hospitales públicos. Esta función la ejercerá en su aspecto sanitario, administrativo y económico la Administración pública.

La disposición final tercera 2ª de la L.G.S., establece que será el Gobierno el que, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los Ministros interesados, dispondrá que los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las mutuas de accidente, mutualidades e instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, puedan ser objeto de integración en el S.N.S., siempre que reúnan las condiciones y requisitos mínimos.

Estas condiciones y requisitos para la aprobación y homologación de equipos de los centros y servicios no han

(1) Ver art. 44, 45, 56 y 47 de la Ley 14/86 L.G.S.

sido desarrolladas a pesar de tener un plazo de 18 meses desde la aprobación de la L.G.S.

4. DECRETO 2065/74, DE 30 DE MAYO, TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

En el capítulo XII de esta norma ("Mejoras voluntarias de la acción protectora de este Régimen General"), establece que podrán realizarse mejoras al Régimen General directamente en las prestaciones, o estableciendo tipos de cotización adicionales.

Las empresas podrán realizar las mejoras por si mismas, o a través de montepíos y mutualidades de previsión social, entre otras posibilidades que marca la ley.

El Real Decreto 1314/1984, de 20 de junio, sobre estructura y competencia de la Tesorería General atribuye a ésta "la gestión de los regímenes de previsión social voluntaria a que se refiere el Decreto 1716/1974, de 25 de abril"; este último fue derogado por la Disposición Derogatoria 1 de la ley 33/1984, de 2 de agosto, sobre Ordenación del Seguro Privado ajustándose los citados regímenes a lo dispuesto en la citada ley y en el reglamento de entidades de previsión social.

La Ley 33/1984, en su disposición final 2ª establece una escisión del patrimonio de aquellas mutualidades que otorgaban prestaciones o realizaban actividades sustitutorias de las de la Seguridad Social.

El plazo para la escisión del patrimonio lo establecía la disposición transitoria 4.1. y era de 3 años a partir de la publicación de la ley.

A partir de este momento, surgen dos patrimonios separados con personalidades jurídicas distintas y tutelados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a las sustitutorias, y por el Ministerio de Economía y Hacienda a las no sustitutorias.

5. PROPUESTAS PARA UN SISTEMA MIXTO DE SALUD EN ESPAÑA

Previa a cualquier propuesta a las Administraciones públicas se deberá realizar por el sector de mutualidades de asistencia sanitaria un estudio sobre los centros o servicios sanitarios del mutualismo en España, que incluya un inventario definitivo de recursos y de personal sanitario con los correspondientes mapas sanitarios nacionales.

Igualmente se deberán determinar los fines y objetivos comunes en un análisis paralelo a las ofertas del sector público.

Por último se deberán establecer las actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario complementario al S.N.S.

Una vez realizado lo anterior, las propuestas para una colaboración de las mutualidades de previsión social y el sector público, a nuestro modo de ver, deberían de ir encaminadas en este sentido:

- I. Apoyo al papel redistributivo del sistema nacional de salud.
- II. No buscar la financiación pública que limite los mandatos de la Ley General de Sanidad y los principios inspiradores de la misma:
 - La salud como concepto integral.
 - La salud para todos, como base de solidaridad.
 - La participación comunitaria.
 - La educación sanitaria.
 - Los derechos de los usuarios.
- III. No proponer soluciones fragmentarias dentro de la globalidad de la planificación sanitaria en el contexto de la política social.
- IV. Proponer un sistema no discriminatorio en función de la renta o selecciones de riesgo.

- V. Propiciar la incorporación de nuevas tecnologías.
- VI. Consolidar la alternativa de asistencia sanitaria complementaria, sustentada en la solidaridad intergeneracional, que hoy en día tan sólo ofrecen las mutualidades de previsión social.

Madrid, 3 de enero de 1991