

La nueva gestión directa en la Seguridad Social española

Víctor Fernando Manrique López

DOI: <https://doi.org/10.47623/ivap-rvap.87.88.2010.25>

Sumario: I. Gestión y Seguridad Social.—II. Gestión y asistencia sanitaria.—III. Gestión servicios sociales y asistencia social.

Laburpena. Hitz gakoak.—Resumen. Palabras clave.—Abstract. Keywords.

I. Gestión y Seguridad Social

Nuestro ordenamiento jurídico, presidido por el texto constitucional del 78, articuló y articula un reparto de funciones entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social sobre la base de la compartición competencial. En efecto, el artículo 149.1.17.^a de la Constitución establece un régimen de competencias compartidas entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social, manteniendo el Estado competencia exclusiva sobre la legislación básica (1) (leyes y reglamentos referidos a aspectos fundamentales (2)), si bien pueden dictar normas para la ejecución de las materias que sean transferidas y el régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas, estableciendo de esta manera una reserva de competencias a favor del Estado, de tal manera que la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social son de su exclusiva competencia, pudiendo corresponder a la Comunidades Autónomas la ejecución de sus servicios (3).

La previsión constitucional ha obligado no en pocas ocasiones, como consecuencia de la distribución competencial y la imprescindible deli-

(1) STC 102/1995, «Lo básico incorpora la acepción de fundamento o apoyo principal de algo, con vocación por la esencia, no de lo fenoménico o circunstancial, cuya finalidad consiste en “asegurar, en aras de intereses generales superiores a los de las Comunidades Autónomas, un común denominador normativo”» (Igualmente, STC 48/1981).

(2) SSTC 18/1982 de 4 de mayo y 39/82, de 30 de junio.

(3) La STC 239/2002, de 11 de noviembre, resume la doctrina de nuestro Tribunal Constitucional en materia de límites competenciales entre esta materia y la asistencia social, con ocasión de la subida de prestaciones no contributivas decidida por la Junta de Andalucía.

mitación de los ámbitos de actuación del Estado y las Comunidades Autónomas, a concretar, que se debe tener por legislación básica (4) de la Seguridad Social, que es la encargada de fijar la cuantía y los rasgos esenciales de las prestaciones del sistema, es decir aquellos aspectos no básicos o principales. Por ello las Comunidades Autónomas en atención del reparto de competencias que deriva del precepto citado sólo tendrían permitido el desarrollo de aquélla, que se ha concretado, por regla general, al ámbito de la asistencia social, materia atribuida a las Comunidades Autónomas por el art. 148.1.20 de la Constitución .

En definitiva, todo aquello que pueda afectar a los principios del Sistema de la Seguridad Social, entre ellos el más paradigmático, el de unidad, que actúa como pilar fundamental del régimen económico de nuestro Sistema de Seguridad Social y de la igualdad de todos los ciudadanos, de modo y manera que todo lo relativo al ámbito de las relaciones instrumentales de Seguridad Social (inscripción de empresas, afiliación, altas, bajas, variación de datos), al acceso de los beneficiarios a las prestaciones contributivas (acción protectora), recaudación, régimen económico y sancionador, quedará fuera de las competencias autonómicas (STC 1995/1996).

Por lo que respecta al régimen económico, y ante la indefinición que subyace en el precepto constitucional, se hizo preciso que el Tribunal Constitucional se pronunciara en su sentencia 124/1989, de 7 de julio (5), que residencia la competencia normativa en el Estado al igual que le reconoce el art. 149.1.17.^a facultades de ejecución del régimen económico, si bien el Tribunal Constitucional declara que pueden asumir competencias que no comprometan la unidad del sistema o perturben su funcionamiento económico uniforme, ni cuestionen la titularidad estatal de todos los recursos de la Seguridad Social, ni provoque desigualdades entre los ciudadanos en la satisfacción de sus derechos o en el cumplimiento de sus obligaciones, siendo preciso, en definitiva, coordinar su ejecución, co-

(4) Por legislación básica hay que entender el bloque de normas estatales legales y, en su caso, reglamentarias que regulan aspectos fundamentales de la Seguridad Social. Hay que descartar que «legislación básica» sea expresión equivalente a «ley de bases». Mientras que la ley de bases (art. 82.2 CE) es la ley formal que otorga una delegación legislativa al Gobierno para que dicte normas con rango de ley, la «legislación básica» de la que habla el art. 149.1.17a de la CE alude a las leyes, tanto ordinarias como delegadas, y reglamentos, cuyo contenido se refiere a los aspectos fundamentales de la Seguridad Social. Básico tiene, pues, aquí el sentido de principal o fundamental (Faustino Cavas Martínez, Carmen Sánchez Trigueros). El TC se ha pronunciado con contundencia, [abarca tanto las leyes como los reglamentos que afecten al campo de aplicación, la acción protectora y el régimen económico de la Seguridad Social (SSTC 57/1993, de 28 de junio, 48/1988, de 22 de marzo, 206/1997, de 27 de noviembre)], empleando un concepto de régimen económico tan sumamente amplio que impide toda acción ejecutiva de las Comunidades Autónomas.

(5) El Tribunal niega a la Generalitat de Cataluña la posibilidad de gestionar las cotizaciones recaudadas en su ámbito territorial, declarando que la gestión de la recaudación de los ingresos de la Seguridad Social son de la competencia exclusiva del Estado.

rrespondiendo al Estado las necesarias para configurar un sistema unitario, que asuma las facultades de gestión del régimen económico de todos los fondos de la Seguridad Social destinados a los servicios o a las prestaciones de la Seguridad Social en las distintas Comunidades, en garantía de la unidad y solidaridad del Sistema público de Seguridad Social (6).

Por ejecución de los servicios de Seguridad Social debe entenderse la atribución a las Comunidades Autónomas de todo lo relativo a la gestión del Servicio Público, lo que se podría llevar a cabo a través de dos posibles fórmulas: bien asumiendo sólo la dirección, vigilancia y tutela en su ámbito territorial de los servicios transferidos, o bien creando sus propios organismos autónomos, desapareciendo las entidades gestoras que conocemos.

Ha sido el Tribunal Constitucional, el que resolución tras resolución ha venido especificando los límites competenciales, cercenando las expectativas que pudieran haber sugerido las redacciones de algunos textos estatutarios (7); esta interpretación restrictiva si bien no veta de forma absoluta la intervención de las Comunidades en la gestión de los recursos, el margen de intervención lo acota de forma drástica, mermando las facultades que pudieran otorgarse (8) en los Estatutos de autonomía, que recogían antaño la gestión del régimen económico de la Seguridad Social en su articulado.

Así las cosas, el proceso de transferencias no ha sido lo expansivo que se podía presumir, de tal forma que no existe el riesgo de transferencia de gestión de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social en sus ámbitos económico y de reconocimiento del derecho y abono de las prestaciones contributivas al beneficiario, habiéndose desarrollado el músculo competencial en el ámbito de la asistencia sanitaria, en el de los servicios sociales y en la intermediación laboral como complementaria de las prestaciones de desempleo.

En definitiva, el actual modelo de distribución de competencias que define el bloque constitucional (Constitución y Estatutos de Autonomía) pese a

(6) La STC 124/1989, de 7 de julio limita su alcance a la gestión de los actos administrativos sin transcendencia económica como los de inscripción y afiliación (previa cesión o transferencia), al mismo tiempo que se reafirmaba la exclusividad de la gestión económica por parte del Estado en aras al mantenimiento del principio de la caja única.

(7) El establecimiento de un recargo en la cotización de las horas extraordinarias (STC 27/1983), el establecimiento de bonificaciones en la cotización a la Seguridad Social (STC 146/1992), las actuaciones de gestión y control de la cotización y recaudación de las cuotas y demás recursos de financiación del Sistema de Seguridad Social, el aplazamiento o fraccionamiento de los pagos correspondientes, la ordenación de los pagos de las obligaciones de la Seguridad Social (STC 124/1989), la potestad sancionadora sobre las materias que guardan relación con el régimen económico de la Seguridad Social (STC 175/1996).

(8) Los votos particulares de la STC 124/1989 consideraban gestionable autonómicamente los actos de encuadramiento, la gestión de la recaudación y la ordenación de pagos.

las iniciales propuestas de aquel proyecto de estatuto de Cataluña bastante suavizadas en su fase de aprobación y sin perjuicio de lo que pueda resultar del «eterno» recurso de inconstitucionalidad, responde a una idea de preservación de las competencias en el ámbito del Estado de forma centralizada con especial reforzamiento en lo relativo al régimen económico, sin que su atomización parezca intuirse, sin perjuicio de poder desarrollar sus competencias legislativas dictando leyes complementarias o de desarrollo, limitándose, por ahora como antaño, a la gestión de la asistencia sanitaria, de los servicios sociales y de las prestaciones del nivel no contributivo.

La doctrina constitucional no ha sido especialmente favorable a la descentralización, sin que, por otra parte, se justifique la bondad que la misma pudiera tener, pudiendo, incluso, resultar preocupante, que diecisiete administraciones diferentes gestionen el día a día de nuestro actual Sistema de Seguridad Social, pese a cualesquiera garantías de la imperativa igualdad de derechos de todos los ciudadanos al margen del territorio, ante materia tan sensible (el riesgo de niveles de protección diferentes no se debe asumir), y la imprescindible preservación de la caja única.

El proceso de descentralización en la gestión, a través de los sucesivos trasposos de competencias, ha alterado el modelo de descentralización provincial (9), no ha afectado por igual a todas las Gestoras, en tanto que las previsiones competenciales en materia de sanidad y asistencia social han propiciado un proceso más profundo en lo que se refiere al traspaso de los servicios que gestionaban el INSALUD y el INSERSO.

El modelo de gestión pública de la Seguridad Social al que se refiere el vigente art. 57 de la LGSS (que trae su origen del Real Decreto-Ley 36/1978) descansa sobre tres entidades gestoras públicas, que respondiendo a un modelo de técnica administrativa de descentralización funcional asumían las principales áreas prestacionales del Sistema de Seguridad Social, a saber, salud, Seguridad Social, y asistencia social. Se trataba de organismos especializados con personalidad jurídica propia e independiente de la del Estado, si bien sometidos a la dirección y tutela del correspondiente departamento ministerial. Este modelo para la gestión y administración de la Seguridad Social respondía a la exigencia de una necesaria separación y racionalización de las funciones de la Seguridad Social sujeta a los principios de solidaridad financiera y unidad de caja. Estas tres Entidades eran el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), hoy INGESA, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), actual IMSERSO (10), a los que se aña-

(9) RD 2583/1996.

(10) El IMSERSO, como Entidad Gestora de la Seguridad Social adscrita al Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Secretaría General de Política Social, con naturaleza de entidad de Derecho público y capacidad jurídica para el cumplimiento de los fines que le están encomendados a

dían el Instituto Social de la Marina (ISM) y el Instituto Nacional de Empleo (INEM).

El INSS se encargaba de la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema. El INSALUD de la administración y gestión de los servicios sanitarios, denominado en la actualidad INGESA (11), aunque continua sin perder su condición de entidad Gestora, y asumiendo los derechos y obligaciones del INSALUD y la administración y gestión de los servicios sanitarios en las ciudades de Ceuta y Melilla. Y el INSERSO, que era el responsable de la gestión de las presanciones complementarias, se ha convertido, tras diversos avatares (12), en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Al ISM se le atribuye la

tenor del artículo 59.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, tiene competencias en las siguientes materias:

- La gestión y seguimiento de las pensiones de invalidez y jubilación en sus modalidades no contributivas y en la forma prevista en la disposición adicional decimoctava del referido texto refundido.
- Los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social.
- El seguimiento de la gestión de las prestaciones económicas derivadas de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, sin perjuicio de la gestión directa de estas prestaciones en las Ciudades de Ceuta y Melilla.
- La propuesta de normativa básica que garantice los principios de igualdad y solidaridad para la determinación de los baremos, a los efectos del reconocimiento del grado de minusvalía.
- La propuesta y ejecución, en su caso, de las funciones atribuidas a la Instituto de Mayores y Servicios Sociales en el artículo 9.1.a) del Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, en concreto *«La planificación y regulación básica del reconocimiento del derecho a una ayuda personalizada a toda persona dependiente, garantizando un sistema de servicios universal, integrado y uniforme»*.
- El fomento de la cooperación con las organizaciones y entidades que agrupan a las personas mayores.
- El establecimiento y gestión de centros de atención especializada o de aquellos a los que se les asignen objetivos especiales de investigación de ámbito de actuación estatal en el campo de acción del Instituto.
- La propuesta, gestión y seguimiento de planes de servicios sociales de ámbito estatal en las áreas de personas mayores y de personas dependientes.
- Las relaciones con organismos extranjeros e internacionales y la asistencia técnica a los programas de cooperación internacional en materias y colectivos de su ámbito de acción.

(11) RD 844/2002; RD 1087/2003; RD 1555/2005 y RD.1133/2008.

(12) El Real Decreto 140/1997, de 31 de enero, transformó el INSERSO en el IMSERSO, ampliando las competencias de la entidad en materia de inmigración, configurándose una organización del Instituto por colectivos: personas mayores, personas con discapacidad y migrantes.

No obstante, las competencias asignadas en dicho Real Decreto al IMSERSO en relación al Foro para la Integración Social de los Inmigrantes y el Observatorio Permanente de la Inmigración han pasado a ser competencia del Ministerio del Interior, a través de la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración, a tenor de lo dispuesto en el Real Decreto 1449/2000, de 28 de julio, en el Real Decreto 683/2000, de 11 de mayo, y en el Real Decreto 345/2001, de 4 de abril.

El Real Decreto 238/2002, de 1 de marzo, modifica la estructura orgánica del IMSERSO, con el objeto de que la gestión y administración de la entidad se lleve a cabo con sujeción a principios de simplificación, racionalidad, economía de coste y eficacia social, además de descentralización funcional, adscribiéndose al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través de la Secretaría General de Asuntos Sociales, con naturaleza de entidad de derecho público y capacidad jurídica para el cumplimiento de los fines que le están encomendados.

gestión del Régimen Especial del Mar. Y, por último, está el desaparecido INEM, actual Servicio Público de Empleo Estatal, que conserva la gestión de las prestaciones desempleo, transferidas las políticas activas de empleo y la intermediación laboral, que han sido asumidas por las Comunidades Autónomas.

En el futuro, como algunas voces ya se pronunciaron hace años (13), al igual que la propia Ley de Bases de 1963, deberá tender a la unificación de las entidades gestoras, en aras a lograr una mayor eficiencia y eficacia en la gestión superando las disfuncionalidades actuales (14).

El antecedente próximo de la concurrencia de una voluntad política lo encontramos en la recomendación séptima del Pacto de Toledo (15), que pronto topó con su primera traba en forma de Disposición adicional. Me refiero a la sexta de la LOFAGE (16), que mantiene la organización plural que se pretendía superar y a lo que poco ayudaba la creación de nuevos servicios comunes (17). Como el Guadiana, resurge la idea y el compromiso (18)

En 2004 el Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, redenomina al IMSERSO como Instituto de Mayores y Servicios Sociales, estableciendo su adscripción como Entidad Gestora de la Seguridad Social a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

En abril de 2008, de conformidad con el artículo 7 del Real Decreto 438/2008, de 14 de abril, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, el IMSERSO se adscribe, como Entidad Gestora de la Seguridad Social, a la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, del Ministerio de Educación, Política Social y Deportes creado por Real Decreto 432/2008, de 12 de abril, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales; finalmente por Real Decreto 1128/2008, de 4 de julio, se aprueba el desarrollo de la estructura orgánica básica del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.

En abril de 2009, por Real Decreto 542/2009, de 7 de abril, se procede a la reestructuración de los departamentos ministeriales; la nueva estructura ministerial contempla al Ministerio de Sanidad y Política Social, al que por Real Decreto 640/2009, de 17 de abril, el IMSERSO queda adscrito, a través de la Secretaría General de Política Social.

La estructura actual del Instituto se rige por el Real Decreto 1226/2005, de 13 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica y funciones del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

(13) El profesor Alonso Olea, preconizaba esta necesidad de unificación (*vid.* Instituciones de Seguridad Social 1997).

(14) En este sentido, Blasco Lahoz. La reforma de la Seguridad Social: el Pacto de Toledo y su desarrollo.

(15) Reafirmar la eficacia gestora del sistema a través de una mayor integración orgánica de las funciones de afiliación, recaudación y de gestión de prestaciones, que facilite nuevos avances en este ámbito.

(16) A las Entidades gestoras y la Tesorería General de la Seguridad Social les serán de aplicación las previsiones de esta Ley, relativas a los Organismos autónomos, salvo lo dispuesto en el párrafo siguiente. El régimen de personal, económico-financiero, patrimonial, presupuestario y contable de las Entidades gestoras y la Tesorería General de la Seguridad Social, así como el relativo a la impugnación y revisión de sus actos y resoluciones y a la asistencia jurídica, será el establecido por su legislación específica, por la Ley General Presupuestaria en las materias que sea de aplicación y supletoriamente por esta Ley.

(17) La Gerencia de Informática y el Servicio jurídico de la Administración de la Seguridad Social.

(18) Acuerdo Gobierno CEOE, CEPYME y CC.OO. de 9 de abril de 2001. Apartado IX.

por parte del Gobierno de la creación de una agencia de la Seguridad Social, y como el Guadiana, desaparece en el acuerdo sobre medidas en materia de Seguridad Social de 13 de julio de 2006, desapareciendo la más mínima alusión a la Agencia. Hoy se retoma la idea al albor de la Ley 28/2006, de 18 de julio, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos, y los partidos políticos mayoritarios la incluyen en sus programas. Por tanto, cuestiones de oportunidad política serán las que en última instancia den el impulso necesario para su definitiva creación, lográndose con ella, a mi juicio diluir apetitos autonómicos y una mayor eficacia y eficiencia en la prestación de un servicio público a una sociedad cada vez más exigente.

II. Gestion y asistencia sanitaria

En materia de protección social son diversos los preceptos de nuestra Carta Magna que establecen obligaciones a los poderes públicos (19) y, por tanto, no exclusivamente al Estado, de lo que es dable inferir que, por lo que aquí interesa, la Administración del Estado y la de las Comunidades Autónomas deben actuar en el ámbito de sus competencias de forma coordinada y conjunta en materia de protección social, lo que indefectiblemente obliga a no prescindir de la distribución de funciones que atribuyen los títulos competenciales ex art. 148 y 149 de la Constitución, a los que venimos refiriéndonos, que van a santificar la descentralización a la que se ha visto sometida la gestión de la Seguridad Social, y que ha afectado hasta ahora a la sanitaria (organización y funcionamiento de los servicios de salud, art. 148.1.21 CE (20)) y a la de los servicios sociales (art. 148.1.20 (21) CE) con respeto, obviamente de las competencias exclusivas, del Estado (22), sin obviar la competencia atribuida en materia de regulación de las condiciones básicas que garantizan la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales y sobre aquellas materias que no hayan asumido las Comunidades Autónomas en sus Estatutos, así como la reconocida para dictar leyes que establezcan los principios necesarios para armonizar las disposiciones normativas de las Comunidades Autónomas,

(19) Art. 39; art. 41, art. 43, art. 49, art. 50.

(20) Sanidad e Higiene.

(21) Asistencia Social.

(22) Art. 149.1.16: Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación de productos farmacéuticos, y art. 149.1.17: la Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

aun en el caso de materias atribuidas a la competencia de éstas cuando así lo exija el interés general (23).

Fueron en su día las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria y los servicios sociales objeto de las pertinentes trasferencias de gestión a las Comunidades Autónomas.

Consecuencia lógica de la desaparición de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales de la Seguridad Social fue, en el ámbito de la gestión, la desaparición del INSALUD y la transferencia de sus competencias a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (con la excepción del INGESA para Ceuta y Melilla (24)) y del INSERSO.

No me resisto, bien sea por una perspectiva histórica o por mis orígenes profesionales, a no incluir la asistencia sanitaria en el ámbito de la Seguridad Social (25). No en vano se trata de una prestación que ha sido clave en el desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social, y que ha sido la punta de lanza en la consecución del principio de universalidad subjetiva (26), siendo consciente, que en la actualidad el sistema sanitario público español rebautizado como sistema Nacional de Salud constituye un sistema propio y paralelo, que se fue desgajando del de la Seguridad Social, partiendo de un modelo, que, en su momento, definió la Ley General de Sanidad, desvinculándolo de la Seguridad Social y cuya gestión, entonces, descansaba en el INSALUD, hasta la finalización del proceso de trasferencias (27) en el año

(23) Art. 149.1 y 3 y art. 150.3 CE.

(24) Art. 15 RD 1087/2003, de 29 de agosto. El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria conserva el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social que el extinguido Instituto Nacional de la Salud. Le corresponderá la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo dispuesto por la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

(25) «Pero estos residuos transitorios no pueden ni deben ocultar la realidad normativa constitucionalmente amparada conforme a la cual la asistencia sanitaria ha adquirido una autonomía que necesariamente ha de trascender a su tratamiento doctrinal» (Alonso Olea y Tortuero Plaza. Instituciones de la Seguridad Social. Edición decimoséptima).

(26) Alarcón Caracuel. Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social.

(27) El INSALUD fue transferido en primer término a las Comunidades del Art. 151 de la CE, y posteriormente, con fecha 27 de diciembre de 2001 con lo que se culmina el traspaso de las funciones y servicios del INSALUD.

La asunción de competencias exigía promulgación por parte del Estado de las correspondientes normas de transferencia de los servicios y de los medios o recursos necesarios para el ejercicio de las competencias estatutarias reconocidas a cada Comunidad Autónoma. En este sentido se debe recordar que el Tribunal Constitucional declaraba que «los Reales Decretos de trasferencias no incorporan, en ningún caso, normas atributivas ni ordenadoras de competencias, correspondiendo esta tarea a la Constitución, a los Estatutos de Autonomía y a las demás fuentes reclamadas por una y otros al efecto» (por todas STC118/1998). Las normas de trasferencias «sí son medios idóneos para concretar las formas, modos y procedimientos para el ejercicio de las respectivas competencias estatales y autonómicas» y «para articular mecanismos de cooperación» (STC 220/1992).

2001, en el que las Comunidades Autónomas asumieron las competencias en esta materia de ejecución de los servicios de la Seguridad Social.

En cualquier caso no olvidemos que el primitivo INSALUD tenía entre sus atribuciones el desarrollo y ejecución de las funciones y actividades precisas para hacer efectivos los servicios y garantizar las prestaciones sanitarias del Sistema de Seguridad Social, así como las relativas a medicina preventiva, promoción de la salud individual, medicina de comunidad y asistencia sanitaria, mediante conciertos con la administración estatal, institucional, territorial y local, y la gestión y administración del personal, centros, servicios y establecimientos sanitarios (28).

Con el tiempo se deslindaron las funciones de prestación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y las correspondientes a la autoridad sanitaria que tiene encomendada la promoción del derecho a la salud (29), y del mismo modo se amplió el ámbito subjetivo basculando de una protección de los considerados beneficiarios de la Seguridad Social a una protección inmersa en un imparable proceso de universalización.

Por tanto, no obstante incluir el art. 38.1 a) de la LGSS la asistencia sanitaria en el ámbito de la acción protectora, es obvio que el derecho que la Constitución proclama en su art. 43 ampara el proceso al que hemos asistido de independización de la misma, en cuanto a las prestaciones y servicios que su plasmación y concreción exige y, sin perjuicio de que el acceso a la asistencia sanitaria exija, hoy por hoy, el reconocimiento de este derecho al Instituto Nacional de la Seguridad Social, que es quien otorga el título jurídico a la mayor parte de la población (30).

Consecuencia del proceso de transferencias, la gestión y administración de las prestaciones de asistencia sanitaria (31) se ha descentralizado correspondiendo a los Servicios Autonómicos de Salud (32) y, a la Administración General del Estado, su regulación básica, coordinación general y la Alta Inspección, habiendo mutado, igualmente, el sistema de finan-

(28) Art. 1.1.a) del RD 1855/1979.

(29) RRDD 1943/1986 y 987/1991.

(30) El día que el acceso a la asistencia sanitaria pública, dispensada por el Sistema Nacional de Salud, sea posible con la mera exhibición del DNI —o con el permiso de residencia— dejará de tener sentido seguir manteniendo, que dicha asistencia es una prestación de la Seguridad Social.

(31) Comprende la dispensación de la misma, tras el reconocimiento del derecho por el INSS, la expedición, por parte del facultativo de los partes de baja, confirmación y alta, la tramitación del reconocimiento del derecho a la asistencia de las personas sin recursos económicos, la gestión y administración del personal, centros, servicios y establecimientos sanitarios dedicados a la medicina preventiva laboral y la coordinación funcional de las instituciones públicas o privadas que intervengan en la gestión de las prestaciones sanitarias.

(32) Las Comunidades Autónomas tras la asunción de la gestión de las competencias en materia de asistencia sanitaria han creado sus propios Servicios de Salud, organismos autónomos en los que se han integrado los centros, servicios y establecimientos sanitarios organizados por áreas y centros de salud.

ciación que pivotaba sobre las cotizaciones correspondiendo a las Comunidades Autónomas, vía correspondencia fiscal; que se hizo efectiva en el año 2002 tras la culminación del traspaso de competencias a aquellas.

No era, ni es cuestión baladí esta de la asistencia sanitaria, que alcanza a la práctica totalidad de la población sobre la base de un modelo de protección universal. La cobertura subjetiva de la asistencia sanitaria es, en la actualidad, virtualmente universal, a la que la Administración del Estado garantiza un nivel de prestaciones sanitarias básicas y comunes en condiciones de igualdad efectiva y calidad, en un marco legal de coordinación y cooperación entre Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se logre garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

La Ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud (33) persigue estos objetivos sobre unos pilares informadores básicos: la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias, el aseguramiento universal y público por parte del Estado, la coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud, la prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad, la financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica, la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, la colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, la colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica.

Se crea un catálogo de prestaciones (34) y su implantación efectiva mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

(33) Ley 16/2003, de 28 de mayo.

(34) Art. 7 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

De esta manera, las Comunidades Autónomas podrán aprobar sus propias carteras de servicios en tanto en cuanto respeten el contenido mínimo (35) de las prestaciones del Sistema, lo que sin duda deja abierta la posibilidad de diferencias en los métodos o instrumentos sanitarios autonómicos, promoviendo una competencia ante la cual las Comunidades no se encuentran en iguales condiciones (36).

Con toda seguridad tras el cierre del proceso de transferencias en materia sanitaria (incluida la del Instituto Social de la Marina), se hizo imprescindible un instrumento legislativo, y a ello obligaba el art. 149.1.16.^a, que diera coherencia a estos reinos de taifas que constituían los servicios de salud autonómicos ante la descoordinación, que existía entre los mismos. Sirva de ejemplo el «despropósito que supuso la acreditación de la especialidad de vigilancia de la salud de los servicios de prevención en materia de cumplimiento de requerimientos materiales y humanos de los mismos, que correspondía a la autoridad laboral competente previo informe de la sanitaría».

Antecedente de esta obligada y necesaria coordinación fue la Ley 8/1980, la denominada LOFCA, que ha culminado con la Ley 16/2003, con el objetivo de garantizar el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio del Estado.

Obviamente, la financiación de este sistema, en definitiva de los servicios transferidos, corre a cargo del presupuesto del Estado a través del sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de las aportaciones que cada Comunidad considere oportunas.

III. Gestion servicios sociales y asistencia social

Delimitar con la exigible precisión conceptos habituales, como protección social, prestaciones contributivas, no contributivas asistencia social, servicios sociales no resulta algo sencillo, pero sí crucial a la hora de compartimentar las competencias que deben ejercer los poderes públicos en esta materia, habida cuenta que nuestra Carta Magna compele a todos

(35) Art. 20.2: Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

En la elaboración de las carteras de servicios se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo.

En cualquier caso, no se incluirán aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada.

(36) Alfredo Montoya Melgar. Aranzadi Social núm. 5/2004.

los poderes públicos para que en el ejercicio de las mismas contribuyan a subvenir las situaciones de necesidad que puedan padecer los ciudadanos (37).

Como premisa se podría afirmar que el sistema de protección social al que hace referencia el art. 41 de la Constitución vinculado finalísticamente a atender las situaciones de necesidad de los ciudadanos, pivota en la actualidad (38) sobre un pilar maestro constituido por el Sistema de Seguridad Social con sus tres contrafuertes, el contributivo, el no contributivo y el asistencial (39), y sobre los sistemas de protección autonómicos. Situación que auguraba conflictos competenciales, que han tenido que ser mejor o peor resueltos en sede constitucional.

El Texto Constitucional, entre las competencias que pueden ser asumidas con carácter exclusivo por las Comunidades Autónomas, acoge en

(37) Art. 41 CE.

(38) El régimen público de seguridad social ha evolucionado hacia su división en dos niveles: un primer nivel asistencial representado por las prestaciones no contributivas y un segundo nivel de derecho estricto, contributivo, dependiente en general de las cotizaciones. Instituciones de Seguridad Social decimoséptima edición.

(39) Art. 38 de la LGSS, relativo a la «Acción protectora del sistema de la Seguridad Social».

1. La acción protectora del Sistema de la Seguridad Social comprenderá: La asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo. La recuperación profesional, cuya procedencia se aprecie en cualquiera de los casos que se mencionan en el apartado anterior. Prestaciones económicas en las situaciones de incapacidad temporal; maternidad; paternidad; riesgo durante el embarazo; riesgo durante la lactancia natural; invalidez, en sus modalidades contributiva y no contributiva; jubilación, en sus modalidades contributiva y no contributiva; desempleo, en sus niveles contributivo y asistencial; muerte y supervivencia; así como las que se otorguen en las contingencias y situaciones especiales que reglamentariamente se determinen por Real Decreto, a propuesta del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales. Las prestaciones económicas por invalidez y jubilación, en sus modalidades no contributivas, se otorgarán de acuerdo con la regulación que de las mismas se contiene en el Título II de la presente Ley. Las prestaciones por desempleo, en sus niveles contributivo y asistencial, se otorgarán de acuerdo con la regulación que de las mismas se contiene en el Título III de esta Ley. Prestaciones familiares de la Seguridad Social, en sus modalidades contributiva y no contributiva. Las prestaciones familiares, en su modalidad no contributiva, se otorgarán de acuerdo con la regulación que de las mismas se contiene en el título II de esta Ley. Las prestaciones de servicios sociales que puedan establecerse en materia de reeducación y rehabilitación de inválidos y de asistencia a la tercera edad, así como en aquellas otras materias en que se considere conveniente.

2. Igualmente, y como complemento de las prestaciones comprendidas en el apartado anterior, podrán otorgarse los beneficios de la asistencia social.

3. La acción protectora comprendida en los números anteriores establece y limita el ámbito de extensión posible del Régimen General y de los Especiales de la Seguridad Social, así como de la modalidad no contributiva de las prestaciones.

4. Cualquier prestación de carácter público que tenga como finalidad complementar, ampliar o modificar las prestaciones de la Seguridad Social, en su modalidad contributiva, forma parte del sistema de la Seguridad Social y está sujeto a los principios regulados en el artículo 2 de esta Ley.

Lo previsto en el párrafo anterior se entiende sin perjuicio de las ayudas de otra naturaleza que, en el ejercicio de sus competencias, puedan establecer las Comunidades Autónomas en beneficio de los pensionistas residentes en ellas.

el art. 148.1.20.^a la asistencia social, no distinguiendo entre competencia normativa y ejecutiva, pero en el bien entendido, que se está refiriendo a la denominada asistencia social externa (40), por tanto no a la asistencia social del Sistema de Seguridad Social (41) o interna, cuya exclusividad corresponde a la Administración General del Estado, tanto en lo que respecta a la legislación básica como al régimen económico.

Partiendo de lo anterior, se antoja evidente que se hace precisa una delimitación entre el ámbito objetivo de la protección que dispensa el Sistema de Seguridad Social, y el de la asistencia social, pues en los últimos tiempos tienden a solaparse con los conflictos que pueden plantearse en materia de competencias y con ello en la gestión.

En efecto, por diversas razones, ya se justifiquen en razones o aspiraciones de solidaridad de la sociedad ante los cambios socio culturales, que, vertiginosamente, se suceden se tiende a proteger a las personas sin recursos, que no pueden acceder a las prestaciones contributivas del Sistema, garantizándose de esta manera prestaciones mínimas a quienes se encuentran en situación de necesidad y no son atendidos por los mecanismos asistenciales existentes. El clásico marco de la Seguridad Social evoluciona (42), y de este modo, se está asistiendo en los últimos años a un ingente desarrollo del ámbito no contributivo de la Seguridad Social en el marco que posibilita el art. 41 de la Carta Magna, con una más que evidente vocación de universalidad y de ampliación del marco de protección en su más amplio sentido, lo que esta contribuyendo, como se ha indicado a complicar la delimitación, de por sí difícil, entre la asistencia social y el ámbito prestacional contributivo o no, máxime cuando la asistencia social dispensada por la Comunidades Autónomas se ha ampliado notabilísimamente al socaire de una mayor concienciación social, a través de mecanismos garantizadores de rentas de subsistencia, entre otros, del que pueden ser claro ejemplo los salarios mínimos y rentas básicas de inserción (43) creados sino por todos por la mayoría de Gobiernos autónomos, de tal forma que lo que otrora

(40) STC 239/2002, de 11 de diciembre, De la legislación vigente se deduce la existencia de una asistencia social externa al sistema de Seguridad Social y no integrada en él, a la que ha de entenderse hecha la remisión contenida en el art. 148.1.20.^a, y, por tanto competencia posible de las Comunidades Autónomas.

(41) Discrecional y complementaria (LGSS arts. 38.2, 55 y 56 y OM 1 de diciembre de 1976), que no ha sido objeto de transferencia «debido a su actual falta de contenido material, pues de otro modo no se entiende que hayan sido transferidos los servicios sociales y no la asistencia social de carácter más residual en la propia Seguridad Social que los servicios sociales» (Gonzalo González).

(42) Asistimos a lo que el profesor Rodríguez Piñero ha calificado como «el desdibuje del concepto de la Seguridad Social».

(43) Medidas supletorias contra la pobreza, cuyo defecto es la desigualdad de protección que puede violar los artículos 14, 19, 138.2 y 139 de la CE (Instituciones de la Seguridad Social Decimoséptima edición).

era discrecional ha tornado en derecho subjetivo susceptible de reclamación contenciosa.

En atención a lo señalado no es extraño colegir que esta tendencia iniciada con la Ley 26/90 (44) (derogada por el Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social), que implantaba las prestaciones no contributivas, que desde entonces han crecido en número de beneficiarios y obviamente en gastos, haga más difusas las fronteras entre unas prestaciones y otras, pudiendo confundirse tanto con prestaciones de carácter contributivo, como el subsidio de desempleo o la renta activa de inserción, o con la asistencia social externa del Estado (45), o la desplegada por las Comunidades en su ámbito territorial, toda vez, que estamos ante prestaciones en las que por el hecho de residir en territorio nacional y acreditar la insuficiencia de recursos económicos otorgan un auténtico derecho subjetivo a los beneficiarios, constituyendo, pese a integrar junto con las contributivas la acción protectora del Sistema de Seguridad Social, a mi juicio auténticas prestaciones asistenciales (46).

Tenemos, por tanto, que la acción protectora de la Seguridad Social se extiende, en lo que a este apartado nos interesa a las prestaciones de servicios sociales, a las prestaciones no contributivas y a la asistencia social, que se ha venido a denominar interna (47) en contraprestación a la prestada por terceros ajenos al Sistema de Seguridad Social (Estado, Comunidades Autónomas, Ayuntamientos, etc.).

La definición de asistencia social no está constitucionalmente prevista, si bien entronca en sus orígenes con la beneficencia y, ya el Estado, ya las Comunidades Autónomas la utilizan como instrumento de protección de situaciones de necesidad no amparadas por otro tipo de mecanismos con carácter complementario de la Seguridad Social.

La distinción entre las prestaciones de Seguridad Social y las ayudas asistenciales es fundamental (48), en tanto en cuanto el Estado es com-

(44) Con anterioridad las prestaciones de la LISMI.

(45) Entre otras las prestaciones a favor de los emigrantes españoles en el extranjero o emigrantes retornados o la creada para los niños de la guerra civil por la Ley 2/2005.

(46) No nacieron con la vocación de sustituir o de ocupar el espacio de la asistencia social (Rodríguez Piñero). Sin embargo, ambas, pretenden desde distintos planos aproximarnos a la cobertura universal que prevé la Constitución, así como garantizar a todos los ciudadanos una protección mínima ante situaciones de necesidad (Instituciones de Seguridad Social decimoséptima edición).

(47) El carácter complementario de la asistencia social no la expulsa del Sistema de Seguridad Social: es un complemento del propio sistema (Manuel Alarcón Caracuel).

(48) La delimitación de las fronteras entre Seguridad Social y Asistencia Social; del concepto que se asuma de ésta va a depender, lógicamente, la extensión que pueda alcanzar en su ejercicio el título competencial atribuido a las Comunidades autónomas en el artículo 148.1.20.º CE y, por ende, las posibilidades de descentralización territorial de las políticas de protección social en nuestro país.

petente en materia de legislación básica y régimen económico en materia de Seguridad Social y las Comunidades Autónomas, como se ha dicho, ostentan competencia plena en materia de asistencia social; de hecho la totalidad de las Comunidades Autónomas han asumido la competencia en esta materia en sus Estatutos de Autonomía (49).

La dificultad de este difícil amojonamiento de los mecanismos protectores se tenía, necesariamente, que trasladar al marco competencial. Fue con ocasión de la decisión de la Comunidad Autónoma de Andalucía (no fue el único caso, también Cataluña y Baleares) de complementar, dentro de su ámbito territorial, las pensiones no contributivas, atendiendo a su dimensión asistencial al amparo del art. 148.1.20.^a, que les atribuye competencia exclusiva en materia de asistencia social, cuando surgió el conflicto.

El Tribunal Constitucional (50) estimó, con votos particulares (51), la tesis autonómica declarando que podían dedicar fondos de su presupuesto a la finalidad de mejorar la situación de estos pensionistas, en el ejercicio de sus competencias de asistencia social, en tanto que ello no implicaba vulneración de las competencias del Estado en lo relativo al régimen jurídico básico, ni a su régimen económico, que en el caso andaluz considera que no ocurre atendiendo al carácter extraordinario, esporádico y puntual de las mismas y a su financiación separada, ni las «condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles».

Las pensiones no contributivas son, en efecto, de la exclusiva competencia del Estado en lo que atiende a su regulación básica; pero el Tribu-

(49) La terminología utilizada ha sido de lo más variada y en muchos casos imprecisa («asistencia social», «acción social», «beneficencia social», «bienestar social»...).

(50) La STC 239/2002, de 11 de diciembre, desestimó el conflicto positivo de competencias y confirmó la validez de los complementos de las pensiones no contributivas de vejez e invalidez «aunque los beneficiarios de las ayudas autonómicas estuviesen dentro del ámbito personal del sistema de seguridad social, nada impediría que las Comunidades Autónomas con competencias en materia de asistencia social otorgasen ayudas de esta naturaleza a colectivos de personas que están percibiendo prestaciones asistenciales (no contributivas) del Sistema de Seguridad Social, si se encontraran en situación de necesidad, siempre que con dicho otorgamiento no se produzca una modificación o perturbación de dicho sistema o de su régimen económico».

(51) Voto particular que formula el Magistrado don Vicente Conde Martín de Hijas: «Creo, para decirlo desde el principio, que la asistencia social no puede ser un título competencial en función del cual se pueda, no complementar el sistema asistencial de la Seguridad Social en las áreas no cubiertas por éste (que creo que es su papel), sino suplementar al alza las concretas prestaciones de la Seguridad Social, de modo que, en vez de una Seguridad Social única, visible como tal por sus beneficiarios, en la unidad de sus prestaciones en toda España, y concebida desde su nacimiento como un instrumento de solidaridad nacional, pueda ser vista por aquéllos como más o menos generosa en las distintas Comunidades Autónomas».

«No me parece constitucionalmente aceptable que, cuando se está fijando desde un plano nacional la revalorización de las pensiones de la Seguridad Social única y estatal en la Ley de presupuestos generales del Estado, por exigencia de la propia Ley de Seguridad Social (art. 52 LGSS), los órganos políticos de una determinada Comunidad Autónoma eleven la cuantía de esa revalorización, aunque lo hagan a su propia costa, porque consideren que la cuantía de la revalorización estatal no es la adecuada, pues creo que con ello se interfieren en lo que es una misión estatal».

nal Constitucional lo que hace es declarar competentes a las Comunidades Autónomas para establecer, con cargos a sus propios presupuestos, estos complementos al considerar que no se invadían competencias estatales: en definitiva, se asume la subsistencia de dos ámbitos competenciales de asistencia social susceptibles de complementarse en atención a coadyuvar a que se cubran las necesidades mínimas de cualquier ciudadano para garantizar el mantenimiento de la dignidad humana, constituyendo esta la finalidad básica de la asistencia social.

La Ley 52/2003 de 10 de diciembre constituyó la respuesta a este pronunciamiento del Tribunal Constitucional, y con ella se modificó el apartado cuarto del art. 38 de la LGSS al que se dotó de una redacción que no dejaba dudas en cuanto a cual era la voluntad del legislador: «cualquier prestación de carácter público que tenga por finalidad complementar, ampliar o modificar las prestaciones económicas de la Seguridad Social, tanto en sus modalidades contributiva como no contributiva, forma parte del Sistema de la Seguridad Social...». Con ello se pretende evitar la aprobación de estos complementos por las Comunidades Autónomas.

El cambio político producido tras las elecciones de 2004, provocó una nueva reforma, retomándose la postura del Tribunal Constitucional, garantizando la reforma (52) a las Comunidades plena autonomía para determinar complementos de las pensiones no contributivas del sistema, cuando así lo acuerden sus respectivos órganos legislativos.

El artículo queda redactado de la siguiente manera: «Cualquier prestación de carácter público que tenga como finalidad complementar, ampliar o modificar las prestaciones de la Seguridad Social en su modalidad contributiva, forma parte del sistema de la Seguridad Social...» de esta forma las Comunidades Autónomas pueden complementar las no contributivas en el marco de sus competencias, amen de establecer ayudas de otra naturaleza.

Las Comunidades Autónomas, como se ha indicado, han asumido en su conjunto, junto con las competencias que les venían atribuidas en materia de asistencia social, por el mecanismo de la transferencia de funciones, la gestión de los servicios sociales que anteriormente correspondían al INSERSO (53), en el bien entendido que en el texto Constitucional la competencia sobre los mismo no aparece expresamente atribuida ni al Estado ni a las Comunidades Autónomas, por lo que corresponde a aquél la competencia en legislación básica y régimen económico, y a éstas la ejecución.

(52) Ley 4/2005, de 22 de abril.

(53) El proceso de transferencias a las Comunidades autónomas de las competencias del IMSERSO culmina con la transferencia a la Comunidad de la Rioja.

En virtud del proceso de transferencias las diecisiete Comunidades Autónomas han asumido en exclusiva la gestión de las pensiones de invalidez y jubilación en su modalidad no contributiva, así como la ejecución de los servicios complementarios de las prestaciones de la Seguridad Social para personas mayores y personas con discapacidad, reservándose el IMSERSO las funciones en materia de establecimiento y gestión de centros de atención especializada y la propuesta, gestión y seguimiento de planes de servicios sociales, amén en su día de las correspondientes en materia de emigración. No obstante, las competencias asignadas al IMSERSO en relación al Foro para la Integración Social de los Inmigrantes y el Observatorio Permanente de la Inmigración han pasado a ser competencia del Ministerio del Interior, a través de la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración, a tenor de lo dispuesto en el Real Decreto 1449/2000, de 28 de julio, el Real Decreto 683/2000, de 11 de mayo, y el Real Decreto 345/2001, de 4 de abril.

Los nuevos estatutos tratan de avanzar en el ámbito de la protección social asumiendo en sus textos las competencias exclusivas en materia de servicios sociales (54), lo que ha provocado suspicacias entorno a la constitucionalidad, al menos, respecto del Estatuto de Cataluña, en tanto, que la exclusividad de las atribuidas debería quedar circunscrita a sus servicios no a los transferidos para su gestión descentralizada, algo elemental en tanto en cuanto los textos autonómicos proclaman de forma excluyente sus competencias, pudiendo la competencia estatal ver por esta vía cercenada su legítima y constitucional competencia ex artículo 149.1.1.^a de la CE. Ciertamente, la sentencia que el Tribunal Constitucional dicte en su día, si tiene a bien o surja la razón de oportunidad para que así sea, determinará que entremos en un camino sin retorno en el que puedan quedar garantizados mínimos prestacionales por el Estado y prestaciones complementarias que justifiquen situaciones de manifiesta desigualdad en la protección de los ciudadanos de este país contrarios a los principios constitucionales de igualdad (arts.14, 19.2 y 138.2, CE) y de solidaridad (art. 2, CE).

Por lo que respecta al sistema de protección de la dependencia, entendida por tal la situación en la que se encuentran aquellas personas que por razones varias precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental

(54) El estatuto catalán, que preconiza un Sistema Catalán de Bienestar Social, el Estatuto andaluz también garantiza el derecho de todos a acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones de un sistema público de servicios sociales, el de Aragón que declara que los poderes públicos de Aragón promoverán y garantizarán un sistema públicos de servicios sociales suficientes para la atención de personas y grupos.

de otros apoyos para su autonomía personal, no se configura como una contingencia protegida por la Seguridad Social, los textos autonómicos también se han arrogado esta competencia como exclusiva al amparo del art. 148.1.20.^a, si bien el Estado podía hacer uso del título competencial del art. 149.1.17.^a, o como lo ha hecho del art. 149.1.1.^a, para garantizar el acceso a una protección suficiente en condiciones de igualdad, ante la objetiva desigualdad existente en la protección asistencial que otorgaban las Comunidades Autónomas; ello ha obligado a la creación de un sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia con la Ley 39/2006, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español.

LABURPENA: Ikerlan honetan aztergai dira Espainiako estatuaren eta berau osatzen duten autonomia-erkidegoen arteko eskumenak, halakoak Gizarte Segurantzaren esparruan banatu eta eskualdatzeari dagokionez.

Bereziki, aintzat hartu da kasu bakoitzari begira Espainiako Konstituzioak ezarritakoa, 149.1.17 artikulua abiapuntu, bai eta autonomia-estatutuek ezarritakoa ere.

Ikerlanen Gizarte Segurantzako edozenbat gai jorratu dira, horien bidez antze-man daitezkeela kasuan kasuko eskumenaren esparruan eman diren konponbide desberdinak.

HITZ GAKOAK: Gizarte Segurantza. Konstituzioa. Autonomia-estatutuak. Eskumenen banaketa eta eskualdaketa. Gizarte Segurantzako araubide ekonomikoaren kudeaketa. Gizarte Segurantzaren Agentzia.

RESUMEN: En el presente estudio se plantea la cuestión relativa al reparto y transferencia de competencias correspondientes al Estado y a las Comunidades Autónomas españolas, en materia de Seguridad Social.

Se atiende principalmente a lo que para cada supuesto concreto establece la Constitución española como Norma Suprema, partiendo, en todo caso, de su artículo 149.1.17, y a lo fijado por los diferentes Estatutos de Autonomía.

El estudio analiza una serie de materias propias de la Seguridad Social, a través de lo cual se pueden ver las diferentes soluciones que se han venido dando en el ámbito de la adecuada competencia.

PALABRAS CLAVE: Seguridad Social. Constitución. Estatutos de Autonomía. Reparto y transferencia de competencias. Gestión del régimen de la Seguridad Social. Agencia de la Seguridad Social.

ABSTRACT: The research focuses on the way in which Spain as a country and each of the Autonomic Communities in which it is divided, have to, on the one hand share, and on the other hand, transfer, from the Country to the Communities, certain legal competences of Social Security according to what both the Spanish Constitution specially on the 149.1.17 article, and the different Autonomic Statutes say.

Certain Social Security aspects are discussed, in order to see the different solutions that have been given in relation with the adequate competence.

KEYWORDS: Social Security. Constitution. Statutes of Autonomy. Sharing and Allocation of powers. Management of the Social Security regime. Agency for the Social Security.

