

Sanidad pública: tres hechos destacables y tres pendientes (1978-2012)

La sanidad en España o la organización del dispositivo sanitario español ha estado sometida a grandes cambios durante todo el siglo XX y en especial desde 1978. Los cambios en el sistema sanitario han venido de la mano de corrientes centro europeas y de ajustes a los nuevos escenarios geopolíticos que se han ido generando a través de la aprobación de la constitución de 1978, no tanto por la influencia directa de ésta sino por el desarrollo político que ha conllevado el proceso de desarrollo constitucional.

La organización sanitaria ha superado dificultades, deficiencias y crisis económicas cíclicas que han convivido con un gran avance de la medicina y con unas expectativas sociales que han desbordado la capacidad de las Administraciones para conciliar lo político y lo económico.

Son destacables tres hechos que han condicionado lo que hoy entendemos por el sistema nacional de salud, es decir, la disolución del INP y la consecuente creación del Instituto Nacional de la Salud, la descentralización de los servicios del INSALUD y los intentos de reforma del sistema sanitario basados en modificación de las reglas de funcionamiento de los centros provisoros o, como dicen los economista de la salud, de la función provisoria del sistema sanitario.

A su vez y como contrapunto y dada la grave crisis económica que está pasando nuestra nación, el que suscribe expone los tres hitos o cambios que a su buen entender son necesarios para hacer el sistema sanitario español económicamente sostenible, manteniendo a su vez su esencia cohesionadora y su finalidad solidaria.

Tres hechos destacables de la sanidad pública en España desde 1978 hasta 2011.

La sanidad española desde 1978, con la desaparición del Instituto Nacional de Previsión, inició un proceso de cambio enloquecido, tanto por los avances en la ciencia como por los intentos de mejora en los sistemas políticos y los logros en cohesión social. La medicina ajena a los cambios políticos, ha vivido un proceso de increíble crecimiento y madurez tanto en la época preconstitucional como en la época de desarrollo constitucional. Los hitos que destacaría de este proceso son los siguientes **tres escenarios**:

- A) **La fragmentación del Instituto Nacional de Previsión (1978)**: tras la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977, el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, dividió el Instituto Nacional de Previsión o I.N.P. (creado en 1908) en tres entidades gestoras de la Seguridad Social: Instituto Nacional de la Seguridad Social, Instituto Nacional de la Salud (en adelante INSALUD) e Instituto Nacional de Servicios Sociales. Se configuró el INSALUD como la entidad responsable de la gestión de los servicios sanitarios, pero no de sus recursos, es decir, la gestión de personal, de tesorería y patrimonial correspondía a otras Instituciones. Años después se separan las funciones de Sanidad y Trabajo, así pues, el INSALUD dependió del Ministerio de Sanidad y las entidades gestoras de los recursos del INSALUD pasaron a depender de otro Ministerio. Es decir, la sanidad estuvo gobernada por dos Ministerios y cuatro entidades gestoras durante más de 20 años.
- B) **La descentralización desordenada del Instituto Nacional de la Salud (1982-2001)**: una vez aprobada la Constitución de 1978 y aprobados los Estatutos de Autonomía las CC.AA. incorporaron las competencias que le otorga el Artículo 148.1 en sus Estatutos, aunque

también es cierto que se dieron rápida cuenta de la poca concreción de su contenido. Por otra parte las CC.AA. de la vía rápida efectuaron una lectura, tal vez, forzada y posiblemente imprecisa o interesada del Artículo 149.1.17º, asimilando a asistencia sanitaria el contenido de la frase “la Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social”, utilizando la expresión “sin perjuicio”. La lectura de este artículo 149, sin duda, no nos permitía adivinar, ni por asomo, que cuatro simples palabras “ejecución de sus servicios” darían como resultado que la asistencia sanitaria, de la Seguridad Social o de otra titularidad, estuviera, hoy en día, tan solo en el ámbito de la legislación y Gobierno de las CC.AA. y con carácter exclusivo. La primera Comunidad Autónoma en solicitar los Traspasos del INSALUD fue Cataluña en 1981 y el proceso se cierra en Diciembre de 2001 con el Traspaso de 10 Comunidades Autónomas, todas ellas del Régimen Común.

c) **Los ocho intentos de reforma del sistema sanitario español (1986-2010):**

- 1.º **Primer intento** (1986): **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** configura, sin crearlo, el Sistema Nacional de Salud como instrumento más eficaz para garantizar el acceso equitativo de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria. No obstante esta Ley deja lagunas sin resolver, así pues entre otras, en su artículo 82 establece el criterio de población protegida para la distribución territorial de recursos sin tener en cuenta las necesidades sanitarias objetivas como la pirámide de edad.
- 2.º **Segundo intento** (1990): el Grupo Parlamentario del CDS presentó, el 25 de enero de 1990, una **proposición no de Ley** por la que se instaba al Gobierno a la constitución de una *comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud*. En febrero del mismo año, el Pleno del Congreso aprobaba la mencionada propuesta, creando una comisión de expertos (denominada Comisión Abril) para el “análisis, evaluación y propuesta de mejoras en el Sistema Nacional de Salud”.

Este grupo de expertos en las diferentes áreas de la asistencia sanitaria elaboró un informe, en el cual se expresaron diversas consideraciones dirigidas a poner de relieve la necesidad de proceder a **la reforma del Sistema Nacional de Salud**, dicho sea de paso, ya en revisión por aquellas fechas en Gran Bretaña. El reseñado informe, conocido como “Informe Abril”, resalta, entre otros y especialmente, dos grandes tipos de propuestas:

- Las dirigidas a mejorar la financiación y viabilidad económica del sistema, entre las que se sitúa la introducción del copago.
 - Mejoras en la gestión tales como: la separación de las funciones de financiación, compra y provisión; adopción de fórmulas de empresas públicas para los centros sanitarios; dotación de mayor autonomía a los centros sanitarios en materia de política de personal, etc.
- 3.º **Tercer intento** (1996-1997): Real Decreto ley 10/1996, Ley 15/97, de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, Aprobación del documento de la Subcomisión Parlamentaria y Plan Estratégico del INSALUD.
 - a. Las exigencias de una importante crisis económica aconsejaron al nuevo equipo de gobierno de 1996 establecer el marco legal que posibilitara una mayor

flexibilidad y agilidad en la gestión de los servicios sanitarios. Para ello, el Real Decreto Ley 10/1996 de 17 de junio y la posterior Ley 15/97, de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, que lo refrenda, introducen la posibilidad de que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puedan llevarse a cabo directamente, o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho; entre otras formas jurídicas, dichas disposiciones amparan la gestión a través de la constitución de empresas públicas, fundaciones o consorcios.

- b. constitución de **Subcomisión Parlamentaria** y Aprobación del documento de la Subcomisión Parlamentaria por el Pleno del Congreso de los diputados el día 18 de diciembre de 1997.

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 11 de junio de 1996, acordó, con motivo de una proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular, constituir una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura, con la participación de todos los grupos parlamentarios y buscando el mayor consenso posible.

En orden a facilitar un debate abierto en profundidad sobre nuestro sistema sanitario público, cuya consolidación y modernización es el reto común de los responsables parlamentarios y del Ministerio de Sanidad y Consumo, este Departamento aportó a la Subcomisión cuatro importantes documentos, como son:

- a. Informe sobre “descripción y estado de situación del Sistema Nacional de Salud” (11 de febrero de 1997), el cual contiene –de modo resumido- una referencia completa a todos los rasgos que caracterizan nuestro sistema y la evolución de sus principales magnitudes.
- b. “Propuestas del Ministerio de Sanidad y Consumo para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud”, expresando 55 propuestas como agenda de trabajo para el debate y el consenso político.
- c. “Propuestas del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre financiación sanitaria” (junio de 1997), mediante el cual se exponía el criterio del Departamento en torno a cuales podrían ser las líneas directrices que permitieran sentar las bases para la financiación en el próximo cuatrienio.
- d. “Anteproyecto de conclusiones y recomendaciones” (17 de junio de 1997), elaborado conjuntamente con el Grupo Parlamentario Popular.

El 2 de julio de 1997 la Mesa de la Cámara acuerda denominar a la citada Ponencia: Subcomisión de estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura.

La Subcomisión alcanza el Acuerdo el 23 de septiembre de 1997, materializándolo en un Dictamen que fue debatido en la Comisión de Sanidad

y Consumo el 21 de octubre de 1997 y que tras la incorporación de los votos particulares y las enmiendas aprobadas en la citada Comisión, se elevó al Pleno del Congreso de los Diputados, donde finalmente *fue aprobado el 18 de diciembre de 1997*.

c. Plan Estratégico del INSALUD.

El nuevo INSALUD, el mayor servicio de salud del Estado Español, creado por el RD 1140/96 encomienda, a través del RD 1893/96, a la Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria la elaboración de un Plan Estratégico. Este se inicia el 6 de Agosto con los siguientes Objetivos: preparar al INSALUD para las transferencias sanitarias pendientes a las Comunidades Autónomas; y dotar al INSALUD de capacidad suficiente para afrontar las nuevas exigencias; conocer la situación y peculiaridades del INSALUD a 31 de diciembre de 1996 y realización de su diagnóstico; determinar y analizar los puntos fuertes y débiles de la organización; y delimitar a nivel corporativo las medidas a llevar a cabo para fortalecer los puntos fuertes y para mejorar sus puntos débiles.

Una de las bases del Plan es el escenario para el desarrollo de las líneas estratégicas mediante el establecimiento del *sistema de competencia regulada y separación de funciones*. La introducción de este sistema en nuestro sector tiene como único objetivo la búsqueda de una mayor calidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios.

Este nuevo escenario, basado en el establecimiento de un marco de funciones para la diferenciación de la compra y la provisión, necesita de la definición de las líneas de actuación consideradas imprescindibles para que a medio plazo pueda consolidarse el nuevo modelo. Estas se presentan mediante la definición de escenarios conocidos por todos, es decir, se ha ordenado este apartado por áreas comunes (Atención Primaria, Atención Especializada, Recursos Humanos, Desarrollo Directivo, etc.) sin que el orden de presentación determine, a priori, pesos específicos ni orden de ejecución.

4.º Cuarto Intento (1998-2000): la creación de las nuevas Fundaciones Públicas Sanitarias.

Creadas por el Artículo 111 de la Ley 50/1998 y desarrolladas por el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud con el objeto del desarrollo reglamentario de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, y del artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social, sobre Fundaciones Públicas Sanitarias. Esta modificación de la reforma de 1997 dio pie años después a la estatización de todo el personal laboral que se había contratado con objeto de flexibilizar el marco laboral sanitario del país.

5.º Quinto Intento (2001): acuerdos de financiación sanitaria de la Comisión de Política Fiscal y Financiera y Traspasos de los Servicios del INSALUD a las últimas 10 Comunidades sin traspasos.

En el año 2001 finaliza el período de vigencia tanto del acuerdo previo de financiación sanitaria (1998-2001) como del modelo general de financiación autonómica (1997-2001). El nuevo sistema incorpora por primera vez el bloque competencial de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el modelo general de financiación.

Se efectúa el traspaso de las funciones y servicios del INSALUD a las diez Comunidades Autónomas que hasta entonces no tenían transferida la gestión de la asistencia sanitaria, a través de los Reales Decretos 1471 a 1480, de 27 de diciembre de 2001. De este modo, desde enero de 2002, todas las CC.AA. gozan de competencias en la gestión del gasto sanitario, al mismo tiempo que la Ley 21/2001 refuerza su corresponsabilidad fiscal en la financiación de los servicios públicos autonómicos, incluida la sanidad.

En el nuevo modelo de financiación el fondo global se reparte según las siguientes ponderaciones aplicadas a cada Comunidad Autónoma: el 75% en virtud de la población protegida; el 24,5% en función de la población mayor de 65 años y el 0,5% restante por el criterio de insularidad (artículo 4 de la Ley 21/2001 de 27 de diciembre). Es decir, se abandona el criterio de capitación pura, claramente dominante en la etapa anterior (1998-2001).

El nuevo sistema de financiación autonómica prevé asignaciones de nivelación para la educación y la sanidad. En el segundo caso se considera necesaria la nivelación si el incremento anual de la población protegida, ponderada por la edad, supera en tres puntos (un punto, si la superficie de la Comunidad Autónoma es mayor de 90.000 kilómetros cuadrados) al aumento porcentual medio nacional. La Ley 53/2002, de medidas fiscales, administrativas y del orden social añade una disposición transitoria a la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, fijando el volumen mínimo de recursos que cada Comunidad Autónoma deberá asignar a la financiación de la sanidad en el año 2003.

- 6.º **Sexto Intento** (2003): la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La plena descentralización de la gestión sanitaria impone la necesidad, más apremiante que nunca, de esclarecer y reforzar responsabilidades (como la colaboración y cooperación entre las Administraciones Públicas) y de fijar criterios marco, con el fin de garantizar la cohesión del sistema sanitario español. Cabe resaltar que la intensa labor de negociación previa, así como el proceso de tramitación parlamentaria de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se caracterizó por un marcado talante de consenso.

Sólo así se explica la aprobación, con el apoyo de todos los partidos políticos con representación parlamentaria, de una ley tan ambiciosa, tanto en la extensión de los temas que abarca, como en términos de las reformas cualitativas de gran calado que imprime en el SNS.

- 7.º **Séptimo Intento** (2004 a 2010): la estatización del personal laboral de las Fundaciones del Sistema Nacional de Salud.

A partir del año 2004 se inicia lo que ha venido en llamarse proceso de estaturización del personal laboral y funcional de los Servicios Autonómicos de Salud como reforma del proceso de laboralización que se inicia con la Ley 15/97 de nueva formulas de gestión en el Sistema Nacional de Salud. A través las necesarias leyes activan este proceso las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Galicia, Murcia, Castilla León y de las Islas Baleares.

- 8.º **Octavo Intento** (2004-2010): la participación privada en la construcción y posterior gestión de servicios de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Esta forma de gestionar los servicios públicos inundó el escenario español desde el año 2003 cuando expertos y compañías constructoras convencieron a varios gobiernos autonómicos de que el mejor sistema para financiar las infraestructuras era mediante la financiación a largo plazo pero incorporando servicios no sanitarios al paquete de financiación con el objeto de que no computara como deuda a efectos de la Unión Europea.

En aquel momento ya el Reino Unido estaba abandonando este tipo de técnicas de financiación de infraestructuras utilizadas en otros sectores no sanitarios y no fueron pocos los técnicos que nos mostramos en desacuerdo con esta extraña forma de gestión de los recursos sanitarios públicos. España de nuevo importaba formas de actuar poco conocidas y poco ensayadas. El resultado lo dice todo: sobreendeudamiento, poca planificación, nula austeridad y problemas en la gestión diaria de centros sanitarios con dos dueños con intereses contrapuestos, uno ahorrar y el otro cobrar.

Tres hechos pendientes de la sanidad pública en España.

Al difícil compromiso de diagnosticar se une, en este caso, la más difícil y arriesgada tarea proponer un tratamiento. En resumen observamos la sanidad española como un sistema con "un modelo no homogéneo" por una parte y por otra parte desde 1978 los efectos de convivir con un sistema híbrido y repleto de situaciones poco funcionales.

Todo ello, cambios, ensayos y corrientes ideológicas poco claras junto con las crisis económicas del país y necesidades de inyección económica al sistema sanitarios público español ha creado el escenario antes comentado: un dispositivo sanitario público excesivamente descentralizado difícilmente compatible con ciertos preceptos constitucionales; un sistema sanitario con una función de aseguramiento muy mal definida, con una función de financiación inequitativa y discriminatoria, con una función de compra ser servicios o de reparto de presupuesto arcaica y con una función de provisión repletas de cambios, reformas y contra-reformas. El modelo de gestión de los centros asistenciales está compuesto por diversos tipos de gestión, tal vez excesivos, pero en ningún caso están modulados por incentivos a la eficiencia, ni factores estimuladores de la competencia.

A mi humilde entender, el análisis de los últimos 30 años del sistema sanitario español nos muestra un panorama repleto de intentos de pacto que han puesto de manifiesto un cambio de liderazgo y voluntad política condicionada a la hora de llevar las reformas a buen término.

Una interminable lista de problemas nos revelarían las consecuencias de 30 años de discusiones, de leyes y de fórmulas para el éxito, pero que en definitiva nos han abocado a un

escenario, el del 2011, absolutamente en bancarrota de una sanidad que tuvo que ser líder no tan solo en avances médicos y científicos sino en sostenibilidad y flexibilidad organizativa.

La tremenda crisis económica iniciada en el año 2008 y la necesidad de ordenar un sector sanitario exageradamente inflacionista nos han obligado a muchos gestores a cambiar las tendencias doctrinales de introducción de la competencia como escenario para la eficiencia y el ahorro, por otro escenario al más tradicional estilo de la gestión de crisis por control del abastecimiento en una organización con serias dificultades para hacer frente a sus deudas y con francas dudas frente al cumplimiento de sus compromisos futuros, a una cartera de servicios sin límites ni control y a una cantidad numérica de asegurados totalmente descontrolada.

Las tres medidas que sugiero surgen de una dilatada experiencia y sobretodo de la convicción personal de que no se puede basar la sostenibilidad del sistema sanitario tan solo en el ajuste permanente del gasto farmacéutico, en el ajuste a la baja de los salarios de los profesionales sanitarios ni en la permanente suposición de que hay holguras en la gestión. Así pues dicho lo dicho, dentro de este difícil panorama entiendo que hay **tres hechos pendientes** en la sanidad Española que son:

- A) **Refundir toda la legislación que afecta a la sanidad y a la asistencia pública**, creando la **Ley orgánica del Aseguramiento de la Salud** especificando, entre muchos otros, los siguientes aspectos:
1. Naturaleza y alcance del derecho a la asistencia sanitaria gratuita, modulando las situaciones de adquisición del derecho, pérdida, renovación y caducidad. Aclarando la situación de los ciudadanos españoles residentes o no, los de la Unión Europea, los inmigrantes de países de origen externos a las UE y cualquier derecho subjetivo en relación a la prestación del Sistema Nacional de Salud.
 2. Regulación y compatibilización de los modelos alternativos de aseguramiento: Mutuas de funcionarios, Mutuas de accidentes, seguros privados, reaseguros, reaseguros de copagos, etc.
 3. Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, tanto prestaciones finales como intermedias, incluyendo las tecnológicas.
 4. Naturaleza y alcance del Sistema Nacional de Salud o Sistema Nacional de Aseguramiento de la Salud, normativa de modulación, corresponsabilidad, aplicación, organización, acreditación, planificación, registros, aseguramiento y funciones del Consejo Interterritorial de Salud.
 5. Superando el debate político que suscita el concepto copago, e incluso incomprensiblemente más que el del propio pago, entiendo muy necesaria la ampliación de la participación ciudadana en el consumo de servicios públicos y que esta participación sea veraz, equitativa y justa, que revalorice el sentido de la solidaridad y que ponga negro sobre blanco las necesidades del sistema, el moral hazard y el compromiso del ciudadano en su salud personal.

Este sistema de participación directa, en un país receptor de millones de visitantes e inmigrantes, debería poder igualar al extranjero y al español en esta función de

regulación y nivelación en base al volumen de consumo de servicios y recursos públicos, observando, a su vez, por el principio de reciprocidad.

Al mismo tiempo estos sistemas de participación directa en el nivel de consumo rebaja la demanda innecesaria, mantiene los servicios públicos sin incrementos presupuestarios, elude reducciones de salarios públicos y genera otras alternativas de ayuda al aseguramiento público.

- B) **Coordinar el escenario competencial de la sanidad española** poniendo sobre la mesa un abanico de reglas comunes, gobernadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y tuteladas y arbitradas por el Ministerio de Sanidad. Bien entendido que el primer interesado en cumplir las reglas comunes debe ser cada uno en relación con los demás, en la perspectiva de que cada uno podrá también co-exigir el cumplimiento a otro componente del sistema y así entre todos impulsar la sostenibilidad común del sistema sanitario público.

Dentro de esta homogeneización y desde el respeto a la autonomía ya dotada, potenciar los sistemas de información relativos tanto a los procesos clínicos crónicos como a los datos de **monitorización del sujeto de derecho** que manteniendo su confidencialidad nos permita gestionar el usuario en base a su estado de salud y no en base a ratios percapita, de tal forma que podamos gestionar a los grupos prevalentes, grupos de pacientes crónicos, grupos de paciente sanos con factores de riesgo, zonas de riesgo en salud, gestión entre zonas geográficas de la variabilidad de los indicadores de salud, etc. Permitiendo a su vez la potenciación clara de la telemedicina, salvando los obstáculos que se presenta al comportarse como innovación disruptiva en base a dificultades de carácter organizativo y cultural, lo cual a su vez potencia sistemas alternativos a la hospitalización y monitorización telemática de procesos.

- c) **Potenciar la Promoción de la Salud.** De acuerdo a la definición de la OMS, la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mantenerla o mejorarla si hiciera falta. La promoción de la salud, destinada a la población en general, presta especial atención a los grupos de pacientes sanos con factores de riesgo, pacientes crónicos, mayores y dependientes. Actualmente ya no se limita a ofrecer a los pacientes información complementaria relacionada con el estilo de vida una vez finalizados los procedimientos clínicos.

La promoción de la salud está encaminada a mejorar la calidad de vida de las personas, lo que redundará en una mejora de los indicadores hospitalarios, tales como una reducción del número de urgencias, consultas, estancias e ingresos, una disminución en el número de pruebas diagnósticas, etc, suponiendo todo ello una disminución de la carga de enfermedad, incremento los ratios de salud y una reducción del gasto sanitario. La responsabilidad del profesional sanitario se centra en la enfermedad, la salud es responsabilidad de todos.

Por último, la promoción de la salud debería estar incentivada fiscalmente de forma pareja y complementaria a los sistema de participación del ciudadano en base a su nivel de demanda de recursos y servicios públicos en virtud de índices de capacidad económica, cargas familiares y situación laboral u otras situaciones de necesidad.