
La Ley General de Sanidad: el impulso necesario

Francisco Sevilla Pérez

Equipo editorial de la Revista de Administración Sanitaria

La Ley General de Sanidad (LGS), aprobada en 1986, supuso un hito en la regulación sanitaria en España y hoy en día es reivindicada por todos, incluso por aquellos que más lucharon para evitar su aprobación. Lógicamente, 21 años después y con el consenso alcanzado sobre la Ley, el sistema sanitario español debería tener una estructura definida que respondiese a la expectativa que cualquiera que se acerque a la Ley pueda hacerse sobre él.

La realidad, sin embargo, dista mucho de lo que pudo ser, y la prueba más evidente es la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo. La información oficial consultada en marzo 2007 no permite conocer la realidad de la estructura ni de la organización del sistema sanitario español, y en lo referente al sistema público se limita a una descripción somera del Sistema Nacional de Salud (SNS) en los términos de la Ley de 1986, lo que pudo ser y no es: "el conjunto coor-

dinado de los Servicios de Salud... responsabilidad de los poderes públicos".

En este artículo, partiendo del valor que la LGS ha aportado al actual sistema sanitario español, se revisan algunas de las contradicciones contenidas en la propia Ley y las consecuencias de la falta de impulso, en su elaboración y desde su aprobación, para superarlas. A partir de ahí se señalan los retos pendientes, según criterio del autor, para construir un verdadero SNS en España y se plantean los elementos de la agenda política necesaria para asentar lo conseguido en estos años y consolidar un sistema de protección de la salud equitativo, sostenible y moderno para los ciudadanos del siglo XXI.

La Ley General de Sanidad: la ambición posible

La Constitución de 1978 estableció el derecho a la protección de la sa-

lud de todos los españoles y ocho años después se aprobaba la LGS. El Partido Socialista Obrero Español (PSOE) optó, a su llegada al gobierno en 1982 en plena crisis económica, por una reorientación de la política económica defendida desde la oposición en los años anteriores y recogida en el programa electoral con el que ganó las elecciones. El pragmatismo se trasladó a todas las esferas, incluyendo la sanidad, donde se desarrolló un largo, intenso y, con frecuencia, tenso debate⁽¹⁾ sobre el modelo sanitario a impulsar y que aparentemente se resolvió con la promulgación de la LGS casi cuatro años después.

La Ley no definió un modelo inequívoco de sistema sanitario y refleja en su articulado las diferencias existentes resueltas con un aparente consenso. La LGS define en sus principios un modelo tipo Servicio Nacional de Salud, adaptado a la estructura del

Estado de las Autonomías, al que denomina SNS; así, la Ley reconoce el derecho a un acceso igual para todos a las prestaciones sanitarias. Sin embargo, la Ley vincula este acceso a la extensión de la cobertura de la Seguridad Social de base profesional, como prestación contributiva, mantiene como un elemento básico en la financiación las cotizaciones sociales y relega, a una disposición transitória, nunca desarrollada, la integración de todos los sistemas de aseguramiento sanitario existentes.

La LGS, de forma inteligente y pragmática, construía el SNS a partir de la realidad existente y preveía dos procesos de integración en el SNS. El primero, relacionado con la concepción integral de la salud, creaba los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) y planteaba la integración en ellos de las políticas de salud y las de los servicios de atención. Por primera vez en el sistema sanitario español se planteaba un abordaje integral uniendo la salud pública, la planificación sanitaria y los servicios asistenciales que habían estado tradicionalmente separados. El segundo proceso se refería a la integración de los diferentes subsistemas de cobertura con financiación pública.

⁽¹⁾ E. Lluch⁵, ministro de Sanidad de la época, ha puesto en conocimiento de todos la conocida como "Operación Primavera" símbolo de la oposición, con frecuencia feroz, de los sectores sanitarios más conservadores y de Alianza Popular a la Ley General de Sanidad. Sin embargo, tomada la decisión de legislar, las diferencias en el seno del PSOE, dimisión de subsecretario de Sanidad incluida, y de las propias Administraciones, general y autonómicas, tuvieron quizás un mayor impacto real en la ambigüedad de varias de las propuestas planteadas a la existencia misma de la Ley.

Los dos procesos son claramente diferentes. El primero, la creación de los Servicios de Salud, puede considerarse como la seña de identidad de un sistema orientado a la protección de la salud que utiliza sinérgicamente todos sus recursos y capacidades para ello. Este proceso aparentemente culminó en el año 2002, cuando se completaron las transferencias de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) a todas las CCAA. El segundo, relacionado con la integración de los sistemas de protección sanitaria con financiación pública, era el proceso necesario para poder hablar del SNS como el sistema sanitario público en España, y se refiere a los conceptos de universalidad, financiación y organización del sistema, un sistema de todos para todos coherente en su organización con la estructura del Estado.

Ley General de Sanidad: las oportunidades perdidas

La segunda mitad de la década de los ochenta, altamente fructífera en el debate sanitario en los países que habían servido de modelo para establecer el SNS, acabó en España con el encargo, teledirigido desde el Minis-

terio de Sanidad, de un estudio a la denominada Comisión Abril. El análisis de la Comisión se orientó en la práctica a las reformas a introducir en un sistema tipo Seguridad Social y no hacia la consolidación de un sistema tipo Servicio Nacional de Salud con las transformaciones necesarias para hacer frente a los desafíos previsibles⁽²⁾. En consecuencia, volvía a plantearse el debate sobre las características fundamentales del sistema y se relegó el necesario análisis sobre la organización y gestión del SNS que apenas había iniciado su andadura, así como la gestión de las alianzas necesarias para modernizar el sistema, especialmente con los profesionales y los agentes sociales.

El mantenimiento del concepto de ASSS sólo puede entenderse por la persistencia de las razones que explicaban el debate durante la elaboración de la Ley. Las causas de esta situación son múltiples: desde el miedo al riesgo de romper con un sistema bien establecido como el de la Seguridad Social que además había sido muy útil para extender la pro-

⁽²⁾ El debate abierto sobre la revisión del modelo impidió, además, la disección y uso de aquellas propuestas y recomendaciones de la Comisión Abril que podían haber sido de gran utilidad en su mayoría.

tección a la mayor parte de los ciudadanos, hasta la desideologización de una parte del área económica de los gobiernos socialistas de los ochenta con apoyos de gran peso en el sector sanitario⁽³⁾, que supieron imponer el mantenimiento de un modelo dual de corte corporativo⁽⁴⁾. Modelo dual caracterizado por un sistema con un conjunto de beneficios y prestaciones comunes para la gran mayoría de la población, y otros diferenciados para algunas profesiones liberales, los funcionarios civiles del Estado o los de la Administración de Justicia. De esta forma, se mantenía e incentivaba un sistema sanitario privado como referente para las clases medias, y se abría la espita de consagrarse un sistema público de gran competencia técnica pero anclado en el pasado y conceptualmente “pobre” que sin lugar a dudas tiene el grave riesgo de ir perdiendo progresivamente su atractivo para los ciudadanos con mayor capacidad de

exigencia del reconocimiento de sus derechos.

El Ministerio de Sanidad lideró, en la primera mitad de los años noventa, el conocido como proceso de Consolidación y Mejora del SNS dirigido, por un lado, a defender la necesidad de desarrollar las características de universalidad, financiación pública y aseguramiento único y, por otro, a adaptar la organización del sistema a las nuevas demandas sociales en un entorno de restricción presupuestaria. Esta estrategia, además de contribuir a desarrollar instrumentos de gestión, controlar el gasto y posibilitar el primer gran acuerdo de financiación sanitaria en 1993, tuvo la virtualidad de centrar el debate de tal manera que el acuerdo político de 1996, para la creación de la Subcomisión Parlamentaria para la reforma del sistema sanitario, tenía como principal objetivo la consolidación del SNS. El desarrollo posterior, sin embargo, volvió a truncar las posibilidades de un avance real en la mejora del SNS una vez que en la Subcomisión se planteó, nuevamente, el cuestionamiento del modelo sanitario, especialmente en los aspectos relacionados con el aseguramiento, en lugar de las medidas necesarias para su consolidación.

⁽³⁾ Fundamentalmente en el período 1986-1990 cuando había que haber impulsado la Ley y cumplido lo dispuesto en ella, desde el abordaje de la salud laboral hasta la integración de los diferentes sistemas de cobertura con financiación pública.

⁽⁴⁾ Por el mantenimiento claro de “diferencias/privilegios”, tanto en los riesgos cubiertos y en los colectivos protegidos, como en las relaciones de poder dentro del sistema y en su relación con los usuarios.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC), aprobada en el año 2003, una vez finalizado el proceso de transferencias sanitarias a las CCAA, ha sido la primera gran iniciativa desde los poderes legislativo o ejecutivo, que, desde la LGS, no abre el debate sobre el modelo sanitario. Sin embargo, y es preciso señalarlo, no se abrió el debate porque se ignoró voluntariamente la realidad⁽⁵⁾ y se dio por consolidado un sistema, el SNS, universal, de todos y para todos, que está muy lejos de ser una realidad en España aún hoy, al persistir el aseguramiento múltiple con prestaciones diferentes para colectivos concretos de ciudadanos. La Ley, además, desperdició la oportunidad de introducir una apuesta clara por una organización y gestión del sistema que manteniendo sus principios de descentrali-

zación política plena en las CCAA se dotase de instrumentos adecuados para su gobierno.

Ley General de Sanidad: la situación actual

La característica esencial del modelo sanitario adoptado en 1986 es su universalidad y el SNS en el año 2007 sigue sin ser universal, sigue sin ser el sistema sanitario de todos, aunque todos contribuyamos a financiarlo. El hecho de que la ASSS dé cobertura a casi un 95% de los ciudadanos y que el uso de los servicios sanitarios públicos sea universal de *facto*, permite hablar del SNS como una realidad. Sin embargo, sigue existiendo una compleja heterogeneidad en el aseguramiento público y la universalización es entendida como la obligación del SNS de atender a todos aquellos ciudadanos que solicitan sus servicios con independencia de que formalmente tengan reconocido el derecho.

El SNS como nueva forma de organizar la protección de la salud no ha sustituido a la Seguridad Social, sino que se ha superpuesto, creándose un sistema de gran complejidad que persiste, sin grandes contradicciones apa-

⁽⁵⁾ Sin lugar a dudas esta “ignorancia” estuvo motivada por causas diferentes en los diferentes partidos, pero todos ellos compartieron la “ignorancia” de forma voluntaria, ya que fue manifestada en repetidos foros la necesidad de cerrar el debate y, por tanto, tomar las medidas legales para ello sobre el modelo de aseguramiento sanitario en España y otros aspectos claves para la consolidación del SNS, evitando las contradicciones que se arrastran desde la aprobación de la LGS. Tampoco hay ninguna duda de que esta ignorancia compartida llenó de íntima satisfacción a aquellos partidarios de un modelo diferente de protección social, entre ellos los promotores de la Ley, el gobierno del Partido Popular.

rentes, debido a la extensión de la ASSS. La definición del SNS como un sistema universal e integrado y el hecho de haber alcanzado una amplia cobertura, han sido la base para dar por supuesto tanto su orientación a la protección de la salud como su universalidad, y el énfasis de las políticas públicas se ha puesto en la extensión del sistema, especialmente la creación de establecimientos sanitarios, y en aspectos instrumentales como la integración de redes.

Ese énfasis ha condicionado un concepto muy extendido del SNS que lo reduce a un conjunto de estructuras que se pretenden armónicas: el SNS serían los centros sanitarios públicos organizados en una red pública. En consecuencia, se ha relegado el concepto de sistema sanitario como sistema social que adopta una forma determinada de financiar y organizar los servicios. El elemento “centros y servicios”, con ser importante, no debería ser la característica esencial ni principal del SNS, ni menos aún la única. Probablemente esta confusión entre lo accesorio, aunque importante, y lo esencial, ha impedido en ocasiones afrontar algunos de los problemas que afectan a la supervivencia del sistema.

El SNS es, en apariencia, un sistema integrado; se caracteriza, sin embargo, por la heterogeneidad y carece de un organismo de coordinación efectivo, de manera que decisiones claves para su adecuado funcionamiento, como la formación y distribución del presupuesto, o la afiliación y la cobertura, se toman, en la práctica, fuera del sector, e incluso en ocasiones contando poco con él, tanto en las áreas de Seguridad Social en su momento, como en las económicas del gobierno, central y autonómicos⁽⁶⁾, en la actualidad.

El debate sobre el modelo, antes y después de la elaboración de la LGS, ha desplazado a un segundo nivel de atención el análisis y las decisiones necesarias sobre la organización y gestión del SNS; de hecho, este debate ha sido más un debate de instrumentos que de políticas, que desgraciadamente ha dado y sigue dando mucho juego para la disputa partidista

⁽⁶⁾ El nuevo modelo de financiación autonómica acordado en el año 2001 incluye la sanidad por primera vez y ésta se convierte en un elemento central del presupuesto de las CCAA por el peso que tiene sobre las Haciendas Autonómicas, alrededor del 35% en el año 2003. En aquel momento, el acuerdo alcanzado fue “purlamente económico” y en la formación de la decisión política el sector sanitario tuvo, en general, un peso irrelevante. El procedimiento se ha repetido de forma mimética para la revisión y adecuación realizada en el año 2005.

y pocos frutos para la garantía de sostenibilidad del sistema.

La bonanza del ciclo económico que ha permitido un crecimiento de los presupuestos sanitarios por encima del crecimiento real de la economía y una expansión de los centros sanitarios muy centrada en la construcción de nuevas estructuras, unida a una percepción política del riesgo de hacer cosas en un sistema con una aparente aceptabilidad ciudadana⁽⁷⁾, han posibilitado el mantenimiento de una actitud complaciente sobre las bondades del sistema. Esta situación de parálisis ante las reformas estructurales necesarias ha provocado que la sanidad no ocupe un lugar apropiado en las agendas pública y política, y que sus problemas no se aborden consistentemente en sus dimensiones sociales, políticas, científicas ni profesionales, dejando el campo libre para una agenda de querella política o una acción social exclusivamente reivindicativa de

mejoras profesionales, legítimas pero que no son el único problema a resolver por el sistema sanitario como de forma interesada algunos intentan transmitir.

Por estas razones se plantean a continuación algunos de los temas que deberían ser nucleares del sistema sanitario en España y que, sin embargo, suelen estar ausentes del debate social y también del político o entre las autoridades sanitarias.

El Sistema Nacional de Salud y la salud pública

Los servicios relacionados con la salud pública en España han estado marcados, hasta hace pocos años, por las ideas higienistas y de orden público que llevaron a la creación, en 1855, de la Dirección General de Sanidad y de los funcionarios de asistencia pública domiciliaria (APD) en consonancia con las directrices emanadas de la Ley General de Beneficencia de 1849 y que se perpetuaron con la Ley de Bases de 1944. La transformación radical de esta situación sólo fue posible con la promulgación de la LGS.

La LGS planteaba como una de sus grandes ambiciones el abordaje inte-

⁽⁷⁾ Es evidente que un análisis detallado de la serie de barómetros sanitarios permitiría probablemente transformar esa percepción al comprobar la pérdida progresiva de apoyo del sector público en los últimos años y cómo la opinión ciudadana más favorable a la ASSS actualmente transferida, se concentra en aquellos sectores de la población y aquellos territorios donde no es posible comparar.

gral de la protección de la salud, y para ello el papel de la salud pública es fundamental. En el año 2007 puede señalarse que la creación de los servicios de salud y la unificación en los mismos órganos, legislativos y ejecutivos, de las competencias en salud pública y atención sanitaria es uno de los grandes logros de la Ley.

La situación actual, sin embargo, sigue en la práctica muy lejana de lo que los redactores de la LGS consideraban como una práctica integral. La disociación entre servicios asistenciales y de salud pública sigue siendo una realidad en la mayoría de las CCAA, la restricción de la salud pública a actuaciones salubristas y la limitación en la aplicación de todas sus demás áreas de conocimiento para la mejor protección de la salud individual y colectiva, es una realidad cotidiana fácilmente constatable por la preponderancia de lo asistencial, o la confusión de “hábitos saludables y protección de la salud” como elemento de vindicación⁽⁸⁾, son algunos

de los aspectos que están contribuyendo, nuevamente, a aislar la salud pública como una práctica que vive en su propia burbuja en el sector sanitario.

El Sistema Nacional de Salud como asegurador universal⁽⁹⁾

El SNS debería ser el encargado de organizar y gestionar la garantía del derecho a la protección de la salud, incluyendo la asistencia sanitaria, para todos los ciudadanos. Esta configuración, sin embargo, no se ha llevado a la práctica y el Consejo Interterritorial (CI), principal órgano de cohesión del SNS de acuerdo con la LCC, y percibido como el máximo responsable de la sanidad en España al incorporar a las autoridades sanitarias, ministro y consejeros, de todo el Estado, no tiene entre el objeto de sus deliberaciones la asistencia sanitaria con financiación pública de millones de ciudadanos que depende de las mutualidades de funcionarios ni la protección de la salud laboral que

⁽⁸⁾ Una de las conclusiones que puede extraerse del estudio Delphy de la Fundación SIS del año 2005⁴ y reafirmado entre directivos del sistema es que frente al escepticismo en poder hacer lo que se cree que se debe hacer en relación con el sector de atención, se construye un casi consenso universal sobre el máximo intervencionismo en todo lo relacionado con las actuaciones “preventivas”.

⁽⁹⁾ Para los interesados en el tema se remite a los trabajos del autor sobre universalización realizado para la Fundación Alternativas¹¹, o al artículo publicado en un número extraordinario de la revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales¹⁰.

depende de la Seguridad Social y de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

La existencia de coberturas específicas para la protección de la salud, como ocurre en el caso de las Mutualidades de Funcionarios, o en casos concretos de actividades de la vida cotidiana como el trabajo, da lugar a: a) duplicidades de cobertura; b) mantiene diferencias en la prestación por el hecho causal y no por la condición de enfermedad, cuando la necesidad es en definitiva una de las características principales del sistema, y c) convierte al conocido como SNS, percibido como asegurador universal, en el receptor de todas aquellas situaciones susceptibles de selección, adversa o de riesgos.

La actual ordenación del SNS desde el punto de vista del aseguramiento es más coherente con lo establecido en la Ley de Bases de la Seguridad Social que con lo dispuesto en la LGS. El SNS se responsabiliza, como heredero del Régimen General, de la cobertura del riesgo en relación con la salud en los casos de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad. Además, y como consecuencia del derecho a la protección de la salud establecido en la Constitución,

debe también responsabilizarse de todas aquellas situaciones que por Ley no tengan una protección específica. El SNS, en consecuencia, se constituye en el responsable único de la cobertura de riesgos concretos para la mayoría de los ciudadanos, pero también en el recogedor de todos los riesgos considerados como malos⁽¹⁰⁾, o de todos aquellos donde la relación causa-efecto es discutible y existe doble cobertura. Frente a lo previsto en la LGS de un SNS como un sistema universal, con una atención integral a la salud, y sin posibilidad de selección en la cobertura del riesgo, la realidad en 2007 sigue siendo un sistema fragmentado como en 1986, con un sistema mayoritario para muchos y que recoge como camión escoba los malos riesgos de pocos.

Salud laboral

La LGS pretendió la consideración de la salud laboral como un aspecto más de la protección de la salud con una visión de integralidad; sin embargo, la no ruptura con el sistema anterior al igual que en otros supuestos,

⁽¹⁰⁾ Malos en el sentido económico del término, es decir de alto coste.

restó toda operatividad a lo previsto en la Ley.

La especificidad de la prevención del riesgo laboral requiere que sea una práctica habitual en todos los procesos productivos con una implicación de todos los agentes, empresarios y trabajadores. Ésta es una de las razones que explican la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995, que ha supuesto un hito legislativo en la materia y que precisa ser aplicada de forma plena. Otra cosa, sin embargo, es la atención una vez producido el hecho, accidente laboral o enfermedad profesional, y la existencia de sistemas de atención en apariencia estancos en función del riesgo.

El SNS, en el año 2007, sigue siendo responsable exclusivamente de la atención sanitaria a la enfermedad común y accidente no laboral, y subsidiariamente en cualquier caso siempre que no exista un tercero responsable del pago del coste asociado. El SNS, en consecuencia asume el riesgo pleno de todos aquellos colectivos que no tienen acceso a la protección por accidente laboral o enfermedad profesional, como es el caso de los autónomos o el de las empleadas de hogar o cuando no se determina una relación causal de origen profesional.

Este diseño organizativo se ha reforzado con la aplicación del conocido como Pacto de Toledo para la consolidación del Sistema de Seguridad Social, que mantuvo la financiación con cotizaciones sociales de la cobertura de los riesgos relacionados con la enfermedad profesional y el accidente laboral. Hecho que, además, coincidió con el nuevo auge de las mutuas relacionado con la gestión de las prestaciones económicas por las mismas contingencias, ampliado en 1997 con la posibilidad del control de la incapacidad temporal en el caso de la enfermedad común, por parte de las mismas.

El Sistema Nacional de Salud y otros sistemas de protección sanitaria con financiación pública

El sistema sanitario público en España diferencia colectivos según el hecho causal y también lo hace sobre la base de la actividad laboral desarrollada. La Seguridad Social en España tendió a la universalización de las coberturas, haciendo compatible la flexibilidad en la creación de regímenes especiales, como el agrario, el de autónomos o el de la minería del carbón, con el desarrollo del Rég-

men General como el referente para el sistema y al que se asimilan o en el que se integran progresivamente los otros regímenes existentes. De hecho, en el momento de aprobarse la LGS, 1986, cerca del 90% de los ciudadanos tenían derecho a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en condiciones de igualdad, la conocida como ASSS.

Lo específico de las mutualidades de funcionarios además de su consideración como regímenes especiales o su propia regulación legal, es que el modelo de protección sanitaria, a diferencia de lo que ocurre en los demás regímenes especiales, no se ha asimilado plenamente a la ASSS y la integración en el SNS, prevista en la disposición adicional segunda de la LGS, no se realizó, y no ha existido, ni parece existir, voluntad política de cumplir el mandato legal, como se puso de manifiesto en la tramitación de la LCC donde ni se abordó el tema por ningún partido político.

La coexistencia de diferentes sistemas de protección de acuerdo con la actividad laboral desarrollada, específicamente determinados funcionarios, o la empresa donde se desarrolla como en el caso de las em-

presas colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social, es otra peculiaridad en el sistema sanitario español, más que por su existencia, por su persistencia, en un sistema tipo Servicio Nacional de Salud. La fragmentación por riesgos y por colectivos no puede ser más contradictoria con la reforma pretendida por la Ley de Sanidad de 1986, y más coherente con el diseño organizativo anterior.

El Sistema Nacional de Salud y la integración de redes asistenciales

La LGS planteaba, como se ha señalado al comienzo, un proceso de integración relacionado con las diferentes redes asistenciales para constituir una red única dependiente de los servicios de salud. El proceso de integración de redes asistenciales es exclusivamente un proceso instrumental que trataba de superar la dificultad histórica para coordinar de forma adecuada las diferentes redes públicas, pretendía facilitar una gestión más eficiente de los servicios sanitarios públicos, y visualiza muy bien el proceso de un sistema integral descentralizado.

Este proceso, a diferencia del de integración de los diferentes sistemas

de aseguramiento, se encuentra en una fase de desarrollo avanzada, aunque no ha estado exento de dificultades, relacionadas por un lado con la concepción mantenida casi de forma universal, de que la integración suponía la unificación de titularidades jurídicas de los centros y la homologación como empleados públicos de todos los profesionales sanitarios⁽¹¹⁾. Por otro, con la indefinición durante mucho tiempo sobre la integración de la principal red asistencial, la dependiente de la ASSS, condicionada por los acuerdos en relación con las transferencias.

El proceso de integración de las redes asistenciales públicas respondía a uno de los objetivos más relevantes en la reforma del sistema sanitario y su fin último era mejorar el funcionamiento del dispositivo asistencial dado el fracaso de los intentos de coordinación emprendidos con anterioridad. Sin embargo, de hecho, el objetivo buscado ha sido

la homogeneización en las políticas organizativas y de gestión teniendo como referente la organización imperante en la red mayoritaria, la de la ASSS, y no necesariamente la mejora en las condiciones del servicio o la mejor eficiencia en su provisión. De hecho, la organización y gestión de los centros sanitarios mantuvo intacta su estructura interna de poder heredada de un período histórico anterior. La no transformación de esta estructura, tampoco después de la LGS, ha significado, como bien señalaban Navarro y Elola⁶ que los cambios en los servicios sanitarios hayan sido fundamentalmente expansivos y que, con independencia de su denominación, estén más cerca, en su estructura organizativa y de gestión, del sistema diseñado por el estado totalitario corporatista que de un auténtico Servicio Nacional de Salud centrado en la atención al ciudadano.

El sector sanitario privado

La LGS no se refiere al sector privado, ni en su vertiente de seguro sanitario ni en la de proveedor de servicios, excepto para reconocer el principio de libre empresa y establecer los criterios generales que

⁽¹¹⁾ La excepción sería Cataluña, donde la integración de redes en el Servicio Catalán de Salud se ha realizado de forma funcional y la integración orgánica puede decirse que ha sido inexistente, habiendo buscado la alternativa de crear una entidad ajena, la XHUP, facilitando la permanencia de la titularidad de las administraciones locales en los centros que tradicionalmente dependían de ellas.

regulen su relación con los servicios del SNS, específicamente los hospitalares. La LGS no regula la sanidad privada, pero tampoco ninguna otra Ley de forma específica, con la salvedad de lo recogido con un marcado “espíritu testimonial” en el artículo 6 del capítulo preliminar de la LCC. En España, la última Ley de Hospitales es de comienzos de los años sesenta del siglo XX y dada la evolución social, tecnológica y de conocimientos ha quedado completamente obsoleta.

La explicación para esta situación, más aún en un país tan reglamentista como España, puede residir en que la LGS regulaba la creación de un servicio público omnicomprensivo y se consideró que el sector privado pasaría a desarrollar un papel marginal en el sistema sanitario, haciendo abstracción para ello de la importancia del sector en el momento de aprobarse la Ley. La realidad en 2007, por otro lado muy similar a la de 1986 en las cifras pero no en las expectativas del sector, hoy mucho mayores, es que como mínimo 2 millones de personas, incluyendo los funcionarios, tienen cobertura sanitaria exclusivamente con una compañía privada, que entre 2 y 3 millones más tienen pólizas de seguro privado comple-

mentarias de la cobertura pública, que existen importantes recursos privados para la provisión de servicios, que la práctica privada en las consultas de los médicos y otros profesionales sanitarios es una actividad muy frecuente, o que la introducción de nuevas formulas de gestión en el SNS y la práctica de concesiones administrativas desarrolladas en los últimos años van a modificar radicalmente la situación del sector.

El sector sanitario privado funciona en España, en el más puro sentido liberal, sin ninguna intervención del Estado en materia sanitaria, ni en las relaciones entre compañías de seguro, centros sanitarios, trabajadores y usuarios. La regulación del seguro sanitario es una clara muestra de lo señalado. La Ley de Supervisión del Seguro de 1995 incorporó, tras múltiples debates, la exigencia a las compañías de seguro que ofertan pólizas sanitarias de elaborar un denominado “Plan de Asistencia Sanitaria” que recogiese las garantías sanitarias de lo ofertado en la póliza, pero su desarrollo reglamentario aún no se ha producido. El criterio fundamental en la elaboración de dicha Ley era garantizar la solvencia económica de las compañías, sin embargo, ni

los agentes del sector, las compañías de seguro, ni la autoridad económica que impulsaba la Ley consideraban necesario garantizar la solvencia sanitaria con el argumento de que no era adecuado el intervencionismo en una relación contractual libre.

Esta ausencia de regulación es tanto más llamativa en un sector como el sanitario caracterizado por múltiples factores como la asimetría de información que lo alejan de lo que se consideran como mercados perfectos. La regulación en los mercados sanitarios es imprescindible para proteger a los usuarios frente a la selección de riesgos, la selección adversa o para garantizar prácticas de calidad. Esta realidad explica la intervención, cada vez más frecuente, de los poderes públicos en múltiples aspectos de la prestación de servicios sanitarios, incluso en el sistema sanitario más liberal como es el de EE. UU., donde se desencadenó un gran impulso de regulación que llega a incluir la estancia hospitalaria mínima garantizada en determinados procesos, en clara relación con la intensificación de la competencia en el sector¹⁻³.

La voluntad de universalización del sistema sanitario público en España no explica, ni puede justificar, la ausen-

cia de regulación en relación con la garantía de los derechos de los ciudadanos que consideren adecuado recabar la asistencia de los servicios privados.

Por otro lado, es sorprendente que el sector no haya promovido ningún intento de autorregulación, fundamentalmente orientado al establecimiento de criterios de acreditación, o de órganos de arbitraje. Es evidente que el posicionamiento futuro en el mercado sanitario va a depender fundamentalmente de la calidad objetivamente contrastada, y que una de las principales preocupaciones del sector es la creciente judicialización de la práctica médica. Por otro lado, las nuevas prácticas de gestión de la práctica clínica van a implicar, cada vez con más frecuencia, la necesidad de resolver las discrepancias entre la necesidad establecida en el contacto personal médico-paciente y las prestaciones contratadas establecidas en la póliza. Todo ello ha provocado en aquellos países con un sector sanitario privado potente o hegemónico el desarrollo de sistemas de autorregulación profesional, preocupación muy alejada hasta la actualidad en España en el sector privado.

Organización y gobierno del sistema

Los sistemas sanitarios tienen niveles de organización y gestión claramente diferenciados: el clínico, el de los centros y el del propio sistema. Estos niveles, aun estando diferenciados, deben tener una coherencia en su funcionamiento que permita que la interfaz entre ellos sea lo suficientemente fluida como para que el sistema y sus partes den una respuesta armónica, además de eficiente, a las necesidades de los ciudadanos.

La gestión clínica y la de los centros son dos retos importantes en los que desde diferentes ópticas se viene trabajando desde hace años; hoy parece haber un cierto consenso en orientar ambos niveles de gestión hacia patrones considerados más eficaces que los actualmente en vigor y existe una considerable efervescencia para hacerlo. El mayor riesgo no es el que viene ligado a la explotación de nuevas formas de organización, sino el derivado de una ausencia completa de regulación que se considera imprescindible en un sector como el sanitario caracterizado por una fuerte asimetría de información como se ha señalado anterior-

mente, y de la imposibilidad actual en España de aproximarse con criterios empíricos y de racionalidad a conocer de la manera más objetiva posible las mejores formas de hacer.

El tercer nivel de organización y gestión, el nivel de sistema, ha sido habitualmente ignorado en España⁽¹²⁾. Hoy, en el año 2007, el SNS es una realidad muy diferente de la pensada a comienzos de los años ochenta del siglo XX, cuando se debatía qué hacer con el sistema sanitario para preparar la LGS e incluso de la existente hasta hace escasamente cinco años. La transferencia del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a todas las CCAA unida al actual modelo de financiación autonómica han modificado de forma sustancial la forma tradicional de entender el sistema, y están entre las causas fundamentales de la crisis de identidad en que está inmerso el SNS.

Por tanto, un reto fundamental es definir el gobierno del sistema de ma-

⁽¹²⁾ Las razones para ello son muchas y algunas vuelven a sonar con fuerza, como las que defienden que un sistema sanitario no es nada más que el conjunto de profesionales que realizan actividad sanitaria y los centros donde la realizan con una interfaz de relación con los usuarios regulado por la ética individual y el juramento hipocrático buscando la máxima abstención del Estado en sus relaciones.

nera útil para conseguir sus objetivos y generar valor. El SNS como sistema social que es, necesita una misión definida, un gobierno claro y diáfano y un órgano de dirección con competencias y responsabilidad en las funciones que se acuerden. En este sentido, los integrantes del CI del SNS y las administraciones, general del estado y autonómicas, deben ponerse de acuerdo en qué funciones deben compartir y cogerbernar, algo imposible de llevar a cabo desde una aproximación identitaria de las competencias exclusivas que cada uno tiene que ejercer.

Las funciones del SNS a ejercer por el CI se han recogido en otros artículos^{8,9} y deben ejercerse, para ser eficaces, desde la óptica de la responsabilidad, y no sólo desde la voluntad de intentar ponerse de acuerdo, porque en un sistema como el SNS, con competencias exclusivas de las diferentes administraciones, el único nexo posible es el de ser corresponsables, tener que rendir cuentas, y asumir que algunas cosas irán mucho mejor para los ciudadanos y los profesionales trabajando juntos en lugar de aislados, aunque para ello haya que compartir el ejercicio de ciertas competencias.

La descentralización del SNS en España es una descentralización política y no administrativa, y como tal debe abordarse teniendo en cuenta, además, la complejidad del sector sanitario y su dinamismo, lo que exige que el gobierno y las áreas donde se ejerza deban estar bien definidos. Además, para poder ejercer responsabilidad se precisa disponer de instrumentos propios adecuados que en su mayoría ya están diseñados en la LGS o en la LCC del SNS, y deberían pasar a depender del CI. La experiencia indica y la lógica apoya que mientras los instrumentos necesarios para las funciones compartidas no sean del CI, no serán percibidos como propios y siempre serán objetados como de parte, como es fácil comprobar, por ejemplo, con los sistemas de información que deberían ser útiles para la gestión del SNS.

Reflexión para un futuro cercano

La LGS creó el SNS basándose en los principios de los servicios nacionales de salud, universalización del derecho y financiación pública, descentralizando la organización y gestión

en las CCAA para adecuarlo a la estructura administrativa del Estado, y lo dotó de un organismo de coordinación, el CI.

En los 20 años pasados desde la aprobación de la LGS se han producido avances importantes que han supuesto que en este momento nadie conteste, como ocurrió en el proceso de elaboración de la Ley, la bondad de un sistema sanitario universal con financiación pública. Además, el subsistema mayoritario se ha adaptado plenamente a la arquitectura del Estado y hoy las CCAA tienen la plena responsabilidad política de la organización y gestión de sus sistemas de protección sanitaria pública. Por último, los cambios radicales en la atención primaria y la expansión cuantitativa y tecnológica de los hospitales, unido a la alta cualificación de los profesionales, han conseguido que el sistema sanitario público sea percibido como un bien de alto valor por la mayoría de los ciudadanos.

Sin embargo, es necesario reconocer que el objetivo planteado por los que impulsaron la LGS está cada vez más lejos e incluso es posible que la no introducción de los cambios estructurales que el SNS demanda

desde hace años esté facilitando una situación que, de no corregirse, conlleve la plena desnaturaleza de un servicio sanitario de todos para todos. Para volver a la utopía probablemente sea necesario acercarse al SNS, en el año 2007, con una satisfacción contenida sobre lo alcanzado y una reflexión crítica sobre lo que se necesita⁷. Ello implicaría:

1. Universalizar la atención sanitaria pública homogeneizando derechos y deberes para todos los ciudadanos.

2. Crear un órgano de gobierno del SNS que sea responsable del sistema con las competencias que se acuerden y se consideren necesarias para garantizar su coherencia a los ciudadanos y los profesionales.

3. Mover la salud pública desde una cómoda posición preventivista a una posición activa como elemento de soporte de conocimiento para la definición y ejecución de políticas públicas en relación con la protección de la salud.

4. Superar las prácticas de marketing y dotarse de los sistemas de información y los órganos técnicos adecuados que permitan un proceso de toma de decisiones basado en el conocimiento y las mejores prácticas

en un sistema que por su descentralización permite el desempeño de prácticas diferentes.

5. Generar una sinergia competitiva y beneficiosa para los ciudadanos a través de políticas públicas de todos que, desde el respeto a la plena autonomía política de las CCAA para la organización de sus servicios sanitarios, permitan la consolidación de un SNS de todos y para todos.

6. Promover la regulación de la actividad sanitaria que ponga las bases para garantizar una atención de calidad en todos los servicios sanitarios y evite la selección adversa de riesgos o la discriminación.

La LGS seguirá siendo el referente que queremos si somos capaces de desarrollar plenamente sus principios y adaptar sus prácticas a la nueva realidad del siglo XXI. En caso contrario, el dejar hacer y la posición conservadora de no afrontar los problemas mientras no hagan ruido, serán las principales pistas de lanzamiento de otro modelo sanitario activamente buscado por diferentes agentes en España desde hace muchos años y que han encontrado su mejor aliado en la negación de la política sanitaria como punto de encuentro donde ejercer legítimamente las diferentes opciones políticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. States have misgivings on managed care: protecting patients. *New York Times*. 14 de julio de 1997.
2. Bodenheimer T. The HMO backlash. Righteous or reactionary. *New England Journal of Medicine*; 1996;335: 1601-4.
3. Freudenheim M. Pioneering state for managed care fights for change. *New York Times*. 14 de julio de 1997.
4. Fundación Abril Martorell y Fundación Salud Innovación y Sociedad. Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado: análisis prospectivo Delphy. L'Hospitalet de Llobregat; 2005. Disponible en: www.fundsis.org
5. Lluch E. "La "operación primavera" contra la Ley General de Sanidad. En: Ortega F, Lamata F, editores. La Década de la Reforma Sanitaria. Madrid: ExLibris Ediciones; 1998. p. 29-34.
6. Navarro V, Elola J. Análisis de las políticas sanitarias españolas: 1975-1992. Sistema. 1995;126:19-39.
7. Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo Contrato Social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ed. Ariel; 2005.
8. Sevilla F. Gobierno del Sistema Nacional de Salud. *Diario Médico*. 15 de marzo de 2005; p. 4.
9. Sevilla F. Sistema Sanitario Público en España: Retos para el futuro. En: La sanidad pública en España. Jornadas CES del Principado de Asturias. Oviedo; 2006. p. 67-79.
10. Sevilla F. La reforma de la Seguridad Social y la atención sanitaria. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Número Extraordinario Seguridad Social: Seminario sobre la Reforma de la Seguridad Social en tiempos de estabilidad y crecimiento económico. Santander; 2005. Madrid; 2006. p. 131-45.
11. Sevilla F. La universalización de la Atención Sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Madrid: Fundación Alternativas. Documento de trabajo 86/2006.

