

“CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS DE LOS TRONCOS NORMATIVOS QUE REGULAN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD: OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA EL SIGLO XXI”

Dr. Juan José Criado Álvarez

Correspondencia:

Sección de Epidemiología de Enfermedades no Transmisibles
Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla- La Mancha
Carretera de Extremadura, Km. 114
45600 Talavera de la Reina (Toledo)
Tel: 925 83 92 90 Fax: 925 83 92 08
Email: jjcriado@jccm.es

1.- Estado de salud de la Ley General de Sanidad (1986-2006)

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el resultado de diferentes momentos e impulsos normativos a lo largo de las dos últimas décadas. Estos sucesivos cambios han consolidado un modelo de SNS procedente de un modelo de seguro social sanitario, y con la particularidad española de una total descentralización autonómica (PEMÁN GAVÍN, 2005a). Han pasado veinte años desde la promulgación de la Ley General de Sanidad (LGS, Ley 14/1986), que supuso una de las primeras piedras de la configuración actual del SNS. A ella se han ido añadiendo la diferente legislación sobre Seguridad Social (principalmente el RDL 1/1994), la Ley de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA Ley Orgánica 8/1980, Ley 21/2001) y

la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCC, Ley 16/2003) (OTEO OCHOA, 2005; JIMÉNEZ PALACIOS, 2006).

En este trabajo se pretende valorar desde la perspectiva del derecho sanitario y de la seguridad social, los principales contenidos básicos que componen el eje normativo del SNS, identificando las convergencias, divergencias y vacíos o ausencias legales; así como todas las materias que han quedado obsoletas o derogadas con el transcurso del tiempo, por el desarrollo normativo, técnico, organizativo, competencial y social.

2.- Vigencia y desenfoques de la Ley General de Sanidad

La LGS se plasmó en 113 Artículos, diez Disposiciones Adicionales (DA), cinco Disposiciones Transitorias (DT), dos Disposiciones De-

rogatorias (DD) y quince Disposiciones Finales (DF). En total podemos decir que la Ley tiene 143 artículos incluyendo los artículos propiamente dichos de la Ley y las Disposiciones, excepto las derogatorias. Tras la lectura y revisión de la legislación sobre el tema, se ha construido una tabla de trabajo que ha permitido observar las similitudes y diferencias de los artículos. Todos estos artículos pueden ser clasificados en varios grupos (algunos solapables) entre ellos, el grupo de derogados y modificados, grupo de obsoletos, grupo de desenfocados o desajustados, grupo crítico y grupo innovador o de debate.

3.- Grupo de artículos derogados y modificados

En total son diez artículos en veinte años de la Ley, podemos pensar que el bajo porcentaje de cambios (7%) podría explicar que la Ley fuera de bases generales de la sanidad, y con un amplio consenso que ha permitido su vigencia hasta la actualidad. Otros pensarán cierta cobardía en el legislador para afrontar los cambios necesarios, timidez para plantearlos o simplemente un dejar hacer por el bien del consenso y el talante. Se trata de artículos que tratan de diferentes temas, pero en general, podemos decir que afecta a los tres actores del SNS, es decir, el paciente o enfermo, el personal sanitario y el propio SNS, tanto en la coordinación o dirección, como en su cambio de financiación.

3.1.- Derechos del enfermo: Autonomía del paciente

La LGS supuso un avance al incluir los derechos de los enfermos (PEMÁN GAVÍN, 2005b). La aparición de una medicina menos paternalista y quizás más defensiva hizo que se aprobara la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (SÁNCHEZ CARO, 2003). Esta normativa ha anulado los artículos 10, 11 y 61.0 de la LGS.

3.2.- Legislación sobre personal estatutario

Los profesionales sanitarios han visto colmadas sus esperanzas o deseos (aunque sin el consenso político, ni una visión clara a la resolución de sus problemas) con la Ley 55/2003,

del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Igual de extraño que la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), que no haya tenido más importancia para los profesionales y las comunidades científicas (GARCÍA ORTEGA, 2004).

3.3.- La Alta Inspección y el Consejo Interterritorial

La Alta Inspección y el Consejo Interterritorial como elementos de cohesión y vertebración del SNS se han modificado ha raíz de la LCC (Art. 67, 69.7 y la DD 1ª), quedando derogados los artículos 43 y 47. La LGS en su preámbulo expresaba con sarcasmo e ironía (VAQUER CABALLERÍA, 2004):

“Ante la imposibilidad o la falta de convicción en la necesidad de organizar un sistema sanitario que integrase tantas estructuras dispersas, se ha asentado la idea de que, manteniendo separadas las diversas estructuras sanitarias públicas, la coordinación podría ser la respuesta a las necesidades de racionalización del sistema. El ensayo es ya viejo. Se intenta implantar primero en el ámbito de las Administraciones locales con la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de junio de 1934. Luego, con carácter más general y también en el ámbito de los servicios centrales, con la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962, y mediante la creación de un extensísimo número de Comisiones Interministeriales, que fluyen como un verdadero aluvión, planteando al final el problema de coordinar a los órganos coordinadores”

La LLC ha derogado, para volver a escribir de igual modo el Art. 47 de la LGS, que vino funcionando y regulando la materia sobre el modelo previsto de las Conferencias Sectoriales. La descentralización del SNS ha hecho proliferar los órganos de coordinación, así, para la función inspectora tenemos la Alta Inspección (Art. 79), para la coordinación financiera tenemos el Consejo de Política Fiscal y Financiera que prima sobre el Consejo Interterritorial (DF 2ª LCC). Para completar el panorama orgánico existe el Centro Coordinador de Comités Éticos de Investigación Clínica (RD 223/2004) y todos aquellos que el legislador vaya añadiendo (VA-

QUER CABALLERÍA, 2004). Y por último ¿quién coordina a los coordinadores?

El intento de regulación de la Alta Inspección resulta innecesario y trasnochado, ya que el Art. 76 de la LCC es una copia del Art. 43 de la LGS (BELTRÁN AGUIRRE, 2002; SALA ARQUER, 2002; REY DEL CASTILLO, 2003). Quizás se debería haber desarrollado la figura de la Agencia o Alta Autoridad Tutelar Sanitaria (ANTEQUERA VINAGRE, 2003). El RD 2824/1981, sobre coordinación y planificación sanitaria, fue el primero en definir en su Art. 4.1 la Alta Inspección (aunque solo aplicable en aquella época a Cataluña y País Vasco). La segunda vez fue en el Art. 43 de la LGS (REBOLLO PUIG, 2004). La Alta Inspección se define en tres ámbitos, educación, laboral y sanidad, pero donde no se define hay otra competencia estatal similar, por lo que no es necesaria realmente su presencia. Se ha definido como seguimiento y poder de vigilancia del Estado en cualquier materia (VAQUER CABALLERÍA, 2004). La Alta Inspección es solo inspección, con potestad para conseguir información, con funcionarios dotados de la condición de autoridad, pero limitado a conocer, examinar, vigilar, seguir... la actividad autonómica y comprobar que se cumple la legislación estatal. Incluso se pueden levantar actas de infracción según el RD 2824/1981, y en caso de una infracción se podrá advertir al máximo responsable autonómico a través del Delegado del Gobierno (Art. 76.4 y 76.5 LCC). Se trata de una redacción idéntica al Art. 43.4 de la LGS. Todo ello, para un acto del Estado desprovisto de ejecutividad, pues ante el incumplimiento autonómico solo cabe el oportuno conflicto de competencias. La LOFAGE (Ley 6/1997) dejó en su Art. 22.2.b la competencia del Delegado del Gobierno para “Comunicar y recibir cuanta información precisen el Gobierno y el órgano de Gobierno de la Comunidad Autónoma. Realizará también estas funciones con las Entidades locales en su ámbito territorial, a través de sus respectivos Presidentes”. Pero se trata de cauces normativos generales fuera de toda legislación relativa a la Alta Inspección (PALOMAR OLMEDA, 2004a, PALOMAR OLMEDA, 2004b). Algunos autores proponen llegar tan solo al debate de la memoria anual de la Alta Inspección (Art. 78

LCC), en el que no se aprueba la memoria, ni se adoptan acuerdos para corregir deficiencias, pero que puede ser un medio para reprobar al comportamiento irregular (REBOLLO PUIG, 2004). El SNS debe organizarse mediante la integración de los servicios autonómicos y su coordinación a nivel estatal, cualquier estructura que se cree y no actúe en estos ámbitos no será nunca útil para el SNS.

3.4.- Una nueva financiación sanitaria

La financiación del SNS ha pasado de un sistema de cotizaciones a un sistema no contributivo. Pero no ha derogado el resto de ingresos (¿son fundamentales para la sostenibilidad?), sino que fue un añadido a lo ya existente, en el Art. 69 se añadió la letra e) y así lo ha solucionado el legislador, dejando los apartados a) de Cotizaciones sociales y c) de Seguridad Social.

El Art. 7.3 de la Ley 21/2001 reforzó la idea de separación entre asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y la asistencia procurada por el resto del sistema. Desaparecen de este modo las subvenciones y fondos finalistas, y tampoco impide que cualquier comunidad pueda dedicar más recursos de los que están obligadas a dedicar (MOLINA GARRIDO, 2005). También se modifica el sistema de financiación de las comunidades autónomas por la Ley 61/2003, de acompañamiento de 2003, en la medida en que mantiene el sistema de cohesión y establece el Fondo de Cohesión.

El Fondo de Cohesión despejó las dudas que planteó el sistema de financiación autonómica, e implica abandonar el Art. 82 de la LGS como cámara de compensación entre comunidades, incluso, el hecho de que solo contemple las actividades hospitalarias programadas, deja fuera del sistema de compensación a las no programadas. La LCC dotó al Fondo de Cohesión de unas finalidades ambiciosas, ya que serviría para corregir desigualdades y asegurar la cohesión, pero estos principios solo aparecen en la DA 5ª y de un modo artificioso o pomposo.

Por el contrario en la Ley aparece tan solo como un mecanismo para la atención en centros de referencia (Art. 28.2 LCC) (parece lógico, como mecanismo de igualdad y cohesión); y para la financiación del uso tutelado de determina-

das técnicas, tecnologías o procedimientos (Art. 22.3 LCC). Este último uso parece algo inadecuado o fuera de contexto; pero la realidad, es que este fondo que tiene una dotación variable es una válvula de ajuste de las demandas de financiación de las comunidades. Esta inestabilidad normativa, ha hecho que la financiación sanitaria discurriera por sus propias vías, al no existir un marco normativo que haya servido de referencia para el cálculo de la financiación. La Ley 21/2001 supuso una novedad con “vocación de permanencia” (Exposición de Motivos). Esta mejora legislativa, al incorporar los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, es pequeña, ya que al tratarse de una Ley ordinaria, no vincula al legislador en materia presupuestaria de años posteriores (ZORNOZA PÉREZ, 2004). Este cambio en el modelo de financiación de la LGS, también ha tenido su influencia en el RDL 1/1994, ya que la Seguridad Social se ha tenido que acomodar a la nueva situación creada con que la asistencia sanitaria sea una prestación no contributiva y universal. Con estos cambios se opta por dejar abierto el terreno para que sea la legislación autonómica la que fije las pautas de la financiación sanitaria (PEMÁN GAVÍN, 2005c). Dejando también pendiente la tendencia universalizadora de la LGS (Art. 1.2, 3.2 y 46a), la existencia de las empresas colaboradoras de la Seguridad Social (Art. 77.1.b del RDL 1/1994), e incluso que en la propia Ley 24/1997 se dijera que los regímenes especiales se deberían de adaptar al nuevo sistema (DF 2ª), pero no significa que deban desaparecer.

El RD 434/2004, crea la Comisión Interministerial para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas, significa que la financiación, Estatuto Marco, la ordenación de profesiones y LCC se encuentran relacionados por un nexo común que es el equilibrio financiero (PEMÁN GAVÍN, 2005d). Este órgano creado por la DF 2ª de la LCC es de suma importancia (y a su vez poco conocido, pese a que sus informes son preceptivos). Pero algunos autores, no descartan su inoperatividad (ZORNOZA PÉREZ, 2004).

A pesar de todos los cambios sigue sin haber una Ley de Financiación propia de la Sanidad, o un “Pacto por la Sanidad”, pese a la importancia que tomó el tema en la I y II Conferencia de Presidentes Autonómicos.

3.5.- Otras modificaciones: Universidades y Productos Sanitarios

Otro artículo modificado es el 105 y su regulación con la Ley Orgánica 6/2001, de Universidades. Menos conocido es el aspecto relacionado con los productos sanitarios, que vienen regulados por el RD 414/1996, pero es una Ley de acompañamiento la que regula este tema y modifica la LGS (Ley 55/1999).

4.- Grupo de artículos o temas obsoletos

Desde 1986 la realidad social, económica, política y sanitaria de España ha cambiado. Algunos conceptos o ideas han pasado a un segundo plano o sencillamente ya no se tienen en cuenta. También existen nuevas inquietudes o temas para la agenda política, que desbancan a unos artículos y crean otros (Grupo de artículos innovadores o críticos).

4.1.- La Salud Pública como prestación sanitaria

La LGS en su concepción integradora de la salud incluyó a la prevención y promoción de la salud entre sus principios (Art. 3.1). Sin embargo los artículos dedicados a la misma son escasos (Art. 8 y 19), fijándose prioritariamente en asuntos epidemiológicos y de higiene. Las preferencias de la LGS no eran la Salud Pública, sino la estructuración de las bases del SNS, su dimensión asistencial como tutela de la salud de los individuos y no tanto de la colectividad (CIERCO SIERRA, 2006). España ha tenido y tiene un subdesarrollo de la Salud Pública, incluida la salud ocupacional y ambiental (NAVARRO, 2006). Los puestos centrales que ocupaban la asistencia colectiva han sido desplazados por lo asistencial (CRIADO ÁLVAREZ, 2005). La LGS aparece salpicada de artículos pero sin formar un cuerpo orgánico. Cabría mencionar la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, pero actúa más a nivel de control policial o limitaciones administrativas en defensa de la salud co-

lectiva, dando poderes a la Administración para llegar a reducir los derechos fundamentales de los individuos.

La Salud Pública tras la LCC ha pasado a incorporarse al Catálogo de Prestaciones del SNS (RD 1030/2006). Este catálogo incorpora, además de las prestaciones contempladas por el RD 63/1995, las prestaciones de Salud Pública, como conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población (CRIADO ÁLVAREZ, 2005; FARJAS ABADÍA, 1999). Vemos que se trata de temas muy generales, difíciles de delimitar y establecer en la estructura organizativa del Estado y que la pone a la altura del “Panty a medida o el calzón de pernera corta” (Anexo VI RD 1030/2006). El Art. 11 de la LCC especifica con detalle las prestaciones de la misma, y su organización se recoge en el Capítulo VIII (Art. 65-66). La Salud Pública sigue siendo el “patito feo” de la salud, a pesar de la gran experiencia en el tema, el mayor tiempo desde las transferencias y lo que es peor una mayor dilución de las responsabilidades en el nivel más periférico, dando una peor imagen de la misma, así como de una falta de Autoridad Sanitaria (FARJAS ABADÍA, 1999; LLANO SEÑARIS, 2004).

4.2.- Inspección y control de servicios

Las labores de inspección, autorización de centros o control siempre han sido funciones clásicas de la administración sanitaria, incluso fue una de sus primeras labores junto a la Salud Pública. La LGS estableció como una exigencia la existencia de autorizaciones y registros (Art. 25), cualesquiera que sea el tipo de establecimiento o centro (Art. 29), así como su control (Art. 30). Evidentemente, nada tiene que ver este tipo de inspección con la Inspección de la Seguridad Social o la Alta Inspección. El articulado de la Ley (23-31) no recoge conceptos actuales como acreditación, certificación, calidad, gestión de riesgos, seguridad clínica y evaluación; que si se han incorporado al articulado de la LCC (Art. 59-63) (PAREJO ALFONSO, 2004).

4.3.- ¿Existió alguna vez un Plan Integrado de Salud?

Quizás en la mente del legislador del momento, sobre la mesa de algún funcionario o como documento académico de un curso de postgrado. La LGS dedicó muchos artículos y esfuerzos en definir el Plan (Art. 74-77). La DA 9.2 de la LGS estableció un plazo de dieciocho meses para la formación del primer Plan; y el RD 938/1989 el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud. La idea no era mala ni descabellada pero el discurrir del tiempo ha demostrado que sin transferencias sanitarias, las posibilidades de coordinación en algo tan simple como un documento técnico o académico son imposibles. Mientras el Ministerio decidía qué hacer, las comunidades fueron desarrollando sus propios planes de salud, de acuerdo al Art. 54. Hasta que no llega el año 2003, no se recupera la idea con la LCC que viene otra vez en rescate de una LGS con su Art. 64. Comparando los textos, hay muchas similitudes y pocas diferencias, lo que le hace augurar poco éxito a la LCC que le dedica todo su Capítulo VII (REY DEL CASTILLO, 2003).

4.4.- Coordinación, cooperación, cohesión, muchos términos para decir lo mismo

Hemos visto que los artículos 70-77 de la LGS tratan del Plan Integrado y de la Coordinación. En 1986 se hablaba de coordinación (Art. 70.2 y 70.4), con la LCC se prefieren los términos cohesión y cooperación. Si analizamos detenidamente el texto (Art. 70.2) vemos que lo que la LGS dice no es coordinación sino planificación. La LCC no ha aportado soluciones innovadoras o factibles, a los problemas estructurales del SNS sobre cómo coordinar y construir un modelo descentralizado y transferido (REY DEL CASTILLO, 2005).

4.5.- La salud mental ya no está en el manicomio

Considerar la patología mental como un elemento distinto o diferenciado del resto de patología supone un anacronismo. La supuesta integración de dispositivos hace que lo podamos tomar como un *continuum* de cuidados. Hace tiempo que se están potenciando los cuidados ambulatorios y la hospitalización ya no se hace

en hospitales generales (Art. 20.2) sino en el dispositivo adecuado (agudo, media estancia o crónico). La DT 5ª establecía una progresiva integración de dispositivos. La existencia de un artículo propio para la salud mental no hace sino estigmatizar al enfermo y su familia, interfiriendo en la plena integración dentro de la sociedad.

4.6.- A vueltas con los medicamentos y los productos sanitarios

La LGS legisló el tema de los medicamentos y los productos sanitarios con los artículos 95-103. Ya se ha visto que sólo el Art. 100 ha sido modificado por una Ley (Ley 55/1999). El resto no fue modificado a pesar de que la Ley del Medicamento fue posterior a la LGS (Ley 25/1990). Y ya está derogada por la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Como vemos en su título (mucho más largo que el anterior), incluye el uso racional y los productos sanitarios, pero no modifica ni altera la LGS, cosa que si hace a la LCC en su Art. 21.2 por la DF 4ª.

4.7.- El personal pasa a ser un recurso humano (“el nuevo capital humano”)

La LGS en sus Art. 85-87 y su DA 8ª trataba el tema del “personal” que ha pasado a ser “recurso humano” en la LCC (Art. 34-43). Igualmente, el Estatuto Marco (Ley 55/2003), que ha tardado diecisiete años en ver la luz, ha modificado su visión y el capital humano es un recurso y no un objeto o sección. Lo que si permite ver claramente este Estatuto, es que el personal pese a esta denominación tiene un carácter claramente funcional (SEVILLA PÉREZ, 2005). El Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud de 1998 en su apartado 10 considera imprescindible el establecimiento de un nuevo modelo de relaciones laborales para el personal estatutario de los servicios de salud, a través de un estatuto marco que habría de desempeñar un papel nuclear como elemento impulsor de la dinámica de evolución, desarrollo y consolidación de nuestro SNS. Este paso se ha realizado, pero en las líneas maestras de esa nueva regulación se marcaron como objetivos generales, incrementar la motivación de los profesionales y su compromiso con la gestión, el estableci-

miento de un adecuado sistema de incentivos, la desburocratización y flexibilización de las relaciones profesionales, la descentralización de los procesos de selección y de promoción profesional, la personalización de las condiciones de trabajo, especialmente en lo relativo a retribuciones y niveles de dedicación o la adecuación de las dotaciones de personal a las necesidades efectivas de los centros, a través de una normativa específica de carácter básico para este personal, con respeto tanto de las competencias para su desarrollo por las Comunidades Autónomas como del objetivo global de impulsar la autonomía de gestión de los servicios, centros e instituciones (HERNÁNDEZ YÁÑEZ, 2005).

4.8.- La prevención de riesgos laborales: ¿sanidad, trabajo, laboral, seguridad social...?

La salud laboral aparecía en la LGS en sus artículos 18, 20, 21 y su DF 6ª. El concepto y trascendencia de la salud laboral han dado un giro con la Ley 31/1995, de prevención de riesgos laborales, en el sentido de que se ha dado entrada al término “prevención”, tanto en lo legislativo como en la práctica. Su integración en el ordenamiento jurídico español es fruto de la entrada de España en la Unión Europea, y la obligatoriedad de la Directivas. Podríamos entender este tema algo desajustado, ya que si bien la acción sanitaria pertenece a la LGS o la propia LPRL, la acción protectora sigue perteneciendo a la Seguridad Social (RDL 1/1994). La desvinculación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social necesita una modificación de todos los estatutos de autonomía de las comunidades del Art. 143, que ya lo hicieron en la legislatura 1996-2000. La existencia de las empresas colaboradoras (Art. 77 RDL 1/1994), pese a los intentos de erradicación (Proposición de Ley de Integración de la asistencia sanitaria gestionada por las empresas colaboradoras en el SNS); o el de las Mutuas (Art. 68 RDL 1/1994), no ayudan a dar solución al tema. Estas mutuas además de actuar en los accidentes laborales y enfermedades profesionales intervienen en la IT (incapacidad temporal). El RDL 6/2000 las faculta para intervenir en la IT dándoles amplias competencias, esto puede favorecer que estas mutuas ofrezcan sanidad integral a sus empresas, fragmentando así el SNS y retrocediendo 50 años

hasta un sistema contributivo y profesional (FREIRE CAMPOS, 2005). Fuera de éste régimen mutualista siguen aquellos pertenecientes a mutualidades administrativas (MUFACE, MUGEJU, ISFAS).

Hemos visto treinta y tres artículos (23%) que pueden considerarse obsoletos, es decir, que la Ley en veinte años ha perdido casi una cuarta parte de su carga legislativa, debido tan solo al paso de los años y el avance de la sociedad española.

5.- Grupo de artículos desenfocados, desajustados o que no acabaron de llegar

Se trata de temas que han pasado la niñez y pubertad de los inicios del SNS, y que en cambio no han alcanzado toda su madurez, a pesar de su importancia. Ya hemos visto en el apartado anterior que la salud laboral debe decidir bajo qué ámbito debe estudiarse.

5.1.- La información es poder

La LGS reflejó de modo escueto su interés por la información, dejándolo como una competencia exclusiva del Estado (Art. 40.13). El Estado no ha sabido fijar todavía cuál es su interés informativo, hasta dónde quiere llegar, y hasta dónde quiere dejar las comunidades. Las comunidades siempre han tenido mucho celo a la hora de ceder información, véase el tratamiento que dan algunas como la Comunidad de Madrid a sus datos de lista de espera pese a existir reglamentación sobre el tema (RD 605/2003) (PALOMAR OLMEDA, 2004a). La LCC en sus Art. 53-56 ha incidido mucho más sobre la información sanitaria, pero de forma muy vaga. La LCC establece la importancia de la información, quiénes son los actores implicados, y cómo ha de transmitirse la información. Pero muy poco o nada dicen del tipo de información que se requiere (Art. 53.2). La importancia de la LCC radica en la creación del Instituto de Información Sanitaria (Art. 58) como órgano dependiente del Ministerio de Sanidad, aunque quizás lo interesante hubiese sido depender del Consejo Interterritorial como foro de intercambio, o bien dentro de la Alta Inspección ya que una de sus escasas funciones es la de re-

cabar la información del SNS, y hacer un seguimiento de la misma.

5.2.- La “cartilla” sanitaria

El RD 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, que fue anterior a la LGS se intuía la idea de un paso de la cartilla familiar (titular y beneficiarios) a la individual en su DF 3ª, es decir, contemplaba la existencia de un documento que acreditaba el derecho al acceso (a aquellos que lo tuviesen). Hasta doce años después de la LGS no se estableció la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS). La tarjeta constituye una garantía de igualdad de los ciudadanos ante los servicios sanitarios y en la obtención de las prestaciones sanitarias a las que tengan derecho. La aplicación del RD 1088/1989, de extensión de cobertura de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, supuso la introducción de un documento, que permitía unificar el sistema de identificación de cada persona en su condición de usuario, independientemente del título por el que cada uno pudiera acceder a dicha condición (FREIRE CAMPOS, 2005). El Art. 57 de la LCC vino a dictaminar el uso e importancia de la TIS, es decir, estamos ante un documento administrativo básico para los ciudadanos que tienen derecho a la asistencia, y que les permite el acceso a la misma (PALOMAR OLMEDA, 2004b). La LGS no contempló la TIS, por lo que el acceso se realizaba por derecho, y no era necesario acreditar un documento (Art. 1.2 y 1.3 LGS). Pero no es hasta la mayoría de edad de la LGS que se dicta el RD 183/2004, por el que se regula la tarjeta; como desarrollo del mencionado Art. 57 de la LCC. Con este RD se implanta el Código de Identificación Personal (CIP), que es irrepetible, único a lo largo de la vida y refleja prácticamente el reconocimiento de un derecho (PALOMAR OLMEDA, 2004a). Llegados a este punto y en pleno siglo XXI, ¿es necesario estar en posesión de una tarjeta o una cartilla individual para tener acceso a la asistencia (teniendo derecho a ella)? (FREIRE CAMPOS, 2005). Parte de los problemas que suscita la implantación de la Tarjeta Sanitaria Individual desaparecerían si de una vez, se produjera la universalización de la sanidad (derecho de los españoles por su sola condición de ciudadanos).

5.3.- Investigación, formación y docencia

La formación y docencia siempre han tenido un buen desarrollo, pero el proceso transfereencial a dado lugar a una nueva realidad, con diferentes servicios de salud, un INGESA, varias escuelas de salud pública, la perspectiva de Bolonia en las universidades, y el papel que han adquirido los colegios profesionales con la LOPS. A esto debemos añadir la creación de la AESA, AEMPS, la Agencia de Calidad, el Observatorio del SNS, el Instituto de Información Sanitaria, el FIS, y el propio Instituto de Salud Carlos III. Y una nueva realidad con las Redes y Nodos de Investigación que potencia la LCC, o los Centros Nacionales de Investigación. La LGS dedica varios artículos a estos temas, para la formación e investigación (Art. 104-110, DF 1ª de la LGS), el ISCIII (Art. 111-113, DF 13ª), pero no tiene en cuenta la realidad antes comentada ni el nuevo papel que se le va a dar al ISCIII. La Ley 28/2006, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos, plantea un nuevo escenario, y además de varias Agencias, crea en su DA 3ª la “Agencia Estatal de Investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud Carlos III”. La LCC en sus artículos 48-52 trata el tema del ISCIII y de la investigación (Art. 44-47), pero de un modo genérico tal y como lo hizo la LGS. Es pronto aún, pero se debe ver la posición del ISCIII en el panorama científico médico. Se debe decidir si va a ser actor, espectador, director o productor.

5.4.- La participación del ciudadano: democracia sanitaria

No se trata aquí de tratar el concepto de ciudadano sanitario (que se abordará en el grupo de críticos), sino la de su participación en los órganos de decisión (OTEO OCHOA, 2005). La LGS en su Art. 53 favorecía la participación ciudadana en los Consejos de Salud. El Art. 5 de la LGS mencionaba la “participación comunitaria” pero a través de las “corporaciones territoriales correspondientes”, esto significa que no es una democracia directa, sino una delegación de funciones de los ciudadanos en sus representantes “territoriales”. ¿Alguna vez ha sido real y efectiva esta participación? o ¿ha sido un trámite en la agenda de los políticos sanitarios? En el capítulo IX de la LCC se regula la participación

de los ciudadanos y de los profesionales en el SNS, que se articula principalmente a través del Consejo de Participación Social, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Pero las administraciones locales o sus representantes como la Federación de Municipios, no aparecen en el Consejo Interterritorial, auténtico órgano vertebrador y decisor sanitario (VAQUER CABALLERÍA, 2004). El Consejo de Participación Social pretende ofrecer un cauce de comunicación permanente entre las Administraciones públicas sanitarias, los profesionales y las sociedades científicas, las organizaciones sindicales y empresariales y los consumidores y usuarios. Tendrá tres formas de organización, pudiendo actuar como Comité Consultivo, como Foro Abierto o como Foro Virtual (Art. 67.1). En una búsqueda en internet mediante el buscador Google pidiendo información sobre estos foros no se ha obtenido todavía ningún resultado [Consulta www.google.es el 31-10-2006:] (CIERCO SIERRA, 2006; REY DEL CASTILLO, 2003).

La LGS sentó las bases sanitarias y los elementos de futuro del SNS que configuró, sin embargo, veinte años después es necesario clarificar y quitar sombras a varios puntos. En total son dieciséis artículos (11%) del total de la LGS, por lo que no deberían suponer un problema su clarificación para el legislador.

6.- Grupo de temas críticos, “hard choices” o ¿quién le pone el cascabel al gato?

La agenda del legislador no suele coincidir con la del político y menos aún con la del ciudadano. Por eso, muchas veces hay temas que aparecen y desaparecen del panorama sin que nadie lo remedie.

6.1.- ¿Cómo se organiza el SNS? ¿Y cómo pretende estarlo en el futuro?

Los artículos 44 y 45 de la LGS establecen cómo se organiza el SNS. Pero se trata de algo muy general, quizás por un intento integrador, por su afán de ser Ley de bases, o de querer una permanencia en el tiempo y que fuera la propia comunidad autónoma la que decidiera. Establece que serán las comunidades las que deberán organizar sus Servicios de Salud (Art. 49). Se

dicen las funciones de estos servicios de salud, pero no cómo se organizarán. La ausencia de delimitaciones ha creado diferentes órganos, una vez autónomos, otros dependientes de las consejerías de sanidad y salud; así como sus organigramas (primaria, especializada, secretarías, áreas, direcciones), dificultando en muchos casos la tan manida coordinación entre servicios autonómicos.

6.2.- Nuevas, antiguas u otras formas de gestión (pero no administrativas)

La LGS estableció en sus artículos 69, 89-94 la configuración y características de los establecimientos sanitarios (públicos y privados). El Art. 69.1 favorecía la autonomía de los centros y los Conciertos (Art. 90) y los Convenios singulares de vinculación (Art. 67). Sólo Cataluña ha tenido una tradición de concertación (un 39% en 2002). En estos veinte años de la LGS se ha visto que la Ley fue claramente insuficiente, y que la realidad supera a la legislación. Hubo poca autonomía, menos democracia y nula dirección por objetivos. Lo más evidente ha sido la huida del derecho administrativo de las llamadas nuevas formas de gestión, aunque realmente se trata de figuras existentes solo que ahora tienen un barniz de legalidad vigente. El Informe Abril y el posterior Acuerdo Parlamentario de 1998 en su apartado 8, tendieron a una mayor autonomía de los centros y un poder cada vez más grande de los gerentes (RODRÍGUEZ LÓPEZ, 2004, PALOMAR OLMEDA, 2004b).

Hubo acuerdo en la necesidad de agilizar y descentralizar la gestión. El legislador no tardó en cambiar la situación, y sin modificar la LGS dictó varias normas para pasar de un modelo de organización caracterizado fundamentalmente por la gestión directa a la “indirecta” o compartida. En la LGS se admitió la vinculación de los hospitales de carácter privado, mediante convenios singulares y conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos. El RDL 10/1996 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, en su único artículo hizo que solo se aplicará a los centros de nueva creación (Exposición de motivos), ni siquiera se añadió en su exiguo articulado (quizás por prudencia del legislador). La Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de

gestión del SNS, volvió a demostrar la insuficiencia de la LGS y la premura del legislador por sacar una norma (un año después de la anterior, y con sólo un artículo). La Ley 50/1998, de de acompañamiento de 1998, en su Art. 111 creó las Fundaciones Públicas Sanitarias al amparo de la LOFAGE, pero tuvo más importancia mediática y política que sanitaria, ya que tan solo fue aplicable a los centros dependientes del INSALUD (PALOMAR OLMEDA, 2004b). Hasta la llegada del RD 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD, no se culmina el proceso transformador de las formas de gestión, con la reglamentación de la gestión a través de entidades dotadas de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones. En la actualidad, se puede comprobar que el debate languidece, y ha dejado de tener su primer impulso (RODRÍGUEZ LÓPEZ, 2004).

Las transferencias sanitarias de 2001 hicieron prever cambios, pero lo único que ha ocurrido es que se están usando fórmulas como las concesiones administrativas (el llamado modelo Alcira), o bien recurriendo a la financiación privada de infraestructuras (PFI) como está haciendo la Comunidad de Madrid, a cambio de ceder algunos aspectos a las empresas constructoras. Vemos que este es uno de los aspectos que más ha cambiado y evolucionado en la gestión sanitaria, con una mayor empresarialización de la gestión, con un alejamiento de lo administrativo y un acercamiento del civil o mercantil (REY DEL CASTILLO, 2005). En este punto y con la gestión de la asistencia sanitaria transferida, el Estado ya no puede decidir qué modelo se ha de seguir, por lo que en los próximos años vamos a contemplar una plétora de nuevas formas de gestión, unas veces con fórmulas imaginativas y eficientes, en otros auténticos fracasos. Quizás, podría ser conveniente someter a análisis y evaluación, (aunque sea al menos una vez), una fórmula de gestión con criterios y estándares establecidos.

6.3.- La iniciativa y la financiación privada

La LGS reconoció en todo momento el papel de la iniciativa privada, como un derecho recogido en los Art. 35-36 de la CE (Art. 88).

También se reconoce la posibilidad de vincularse al SNS (Art. 66, 93), así como los controles a los que serán sometidos (Art. 94). El SNS proporciona una cobertura cuasi universal, con amplios servicios y desembolsos económicos casi inexistentes. Por tanto, hay poco espacio para el sector privado, pero por la poca capacidad de elección del usuario público y la existencia de listas de espera, hacen que la doble cobertura sea una realidad en España (VERA HERNÁNDEZ, 2003; RODRÍGUEZ LÓPEZ, 2004). El Acuerdo Parlamentario de 1998 no abarcó el tema de la asistencia privada, ni la LCC, que se limita a aspectos como la calidad, sistemas de información comunes, colaboración en la investigación sanitaria, y seguridad de la asistencia prestada. Lo que debe quedar claro en el SNS, es si la privada debe ser complementaria de la estructura pública, concertar o negociar, llegar a donde no llega la pública (tratamientos estéticos, prestaciones no financiables...), o si las nuevas formas de financiación privada pueden considerarse sector privado, y en algún caso ser sustituta de la pública (SEVILLA PÉREZ, 1995).

6.4.- La gratuidad universal o la introducción del copago

La LGS en su Exposición de Motivos reconoció: "...el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España". Pero no figura en ningún artículo que la asistencia será gratuita, salvo que se tenga reconocida por norma específica. La LGS nunca desdeñó la financiación privada (Art. 79c) por las tasas (hoy llamadas cuotas) de prestación de determinados servicios. La LGS no legisló la gratuidad de la prestación sanitaria. Al contrario, hay grupos de ciudadanos que no tienen derecho a la asistencia gratuita, como aquellos pertenecientes al mutualismo administrativo, los ciudadanos que aun teniendo cobertura pública en determinadas circunstancias, ligadas normalmente a determinados riesgos (deporte, caza, vehículos...), están cubiertos por un tercero mediante el abono de una prima obligatoria por lo que resultan obligados al pago, y otros que aunque pagan sus impuestos no tienen derecho a ella (FREIRE CAMPOS, 2005, MOLINA GARRIDO, 2005). Tan solo los artículos 16 y 17 hacen alguna refe-

rencia al pago de servicios, pero se trata de pacientes sin derecho, por lo que se les considera "privados". Para aquellas personas sin recursos (Art. 80) se establece que su financiación será con fondos estatales, como posteriormente ratificó el Art. 1 del RD 1088/1989. El sistema propuesto por la LGS establecía que la asistencia pública a la que tenía derecho toda la población española tenía que darse de forma efectiva, pero no significa que debía de ser gratuita, excepto en los casos del RD 1088/1989 (FREIRE CAMPOS, 2005). Según el Art. 3.2 habrá igualdad en las prestaciones recibidas, pero también en las contraprestaciones exigidas. Si los poderes públicos pagan la asistencia sanitaria lo lógico es que de ella se beneficien todos los españoles como tales, y como sujetos obligados a tributar. Aquellas otras que tengan suscrito un seguro obligatorio que no cubre enfermedad común, accidente no laboral y enfermedad profesional, como son los seguros escolares, circulación, caza, deportivos, o aparezca un tercero obligado al pago (Art. 83); los ciudadanos tendrán la asistencia gratuita en la medida que les proteja su seguro, y la administración tiene derecho a reclamar los gastos de asistencia. El Art. 3 del RD 63/1995 de prestaciones volvió a incidir sobre este tema de forma idéntica, e hizo en su Anexo II un listado de las posibles entidades obligadas al pago, incluyendo el mutualismo administrativo, empresas colaboradoras y las MATEPP en el ámbito laboral (FREIRE CAMPOS, 2005).

La cobertura gratuita lo será para las prestaciones incluidas en el catálogo de prestaciones. Aquellas no incluidas (Anexo III del RD 63/1995) no podrán ser "financiadas con cargo a fondos de los Presupuestos Generales del Estado y de la Seguridad Social destinados a la asistencia sanitaria", pero se deja la posibilidad de que los sean "con cargo a otros fondos públicos o con cargo a los particulares que las soliciten". La LGS delimitó en el Art. 17 que no se abonarán gastos "distintos de aquellos que les correspondan en virtud de lo dispuesto en esta Ley". El Art. 2.1 del RD 63/1995 explica cuáles son las prestaciones facilitadas (Anexo I), pero no habla de gratuidad, copago o porcentaje de financiación, sino que serán "financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad". El tema del copago en el

SNS está de actualidad como consecuencia del fuerte crecimiento del gasto sanitario habido y de las previsiones de futuro crecimiento (GIMENO ULLASTRES, 2005; NAVARRO, 2006; SEVILLA PÉREZ, 1995). Se viene hablando desde hace tiempo del copago, pero tiene un coste político muy importante, por lo que existe una gran dificultad para su implantación y será difícil que se implante en el futuro. Sobre la gratuidad de la asistencia y su universalización como derecho de la ciudadanía se aborda en el siguiente apartado.

6.5.- El ciudadano sanitario del siglo XXI: Universalización y derecho a la asistencia

El Art. 43.1 de la CE reconoce “el derecho a la protección de la salud”, y que serán los poderes públicos los encargados de “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” (Art. 43.2). El Art.139.1 de la CE establece como principio que: “Todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado”. Este sentido igualitario no aparece en la LGS, aunque en su Art. 3.2 dice que “El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”; sin embargo antes dice “La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española” (¿qué significa población española?, residente/no residente, legal/irregular, española como ámbito territorial y no de nación). La nacionalidad española o la residencia legal en el caso de extranjeros no es una condición suficiente para tener derecho a la asistencia, debiendo además estar dado de alta en la Seguridad Social o alguno de sus regímenes, términos del RD 1088/1989, minusvalía... Los Art. 1.2 y 1.3 la LGS marcan las reglas de juego y quienes son “titulares del derecho”. Sin embargo, esta aparente universalización no es inmediata sino progresiva (PEMÁN GAVÍN, 2005a). En primer lugar, el Art. 3.2 utiliza un verbo en futuro (“extenderá”), y en segundo lugar la DT 5ª lo ratifica. El Art. 80 extendió la cobertura a las “personas sin recursos económicos” (RD 1088/1989). Parece que para beneficiarse de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social haría falta una norma especial como el RD 1088/1989, ya que en defecto de tal norma

especial no se tenía derecho a la asistencia, dijera lo que dijera la LGS (QUADRA SALCEDO, 2004). Quizás lo más sensato sería derogar este RD 1088/1989, para que así la asistencia sea un derecho y no un acto de beneficencia. La LGS garantiza en sus Art. 1.2 y 3.2 la asistencia (pese a cierta incongruencia entre ellos) (MARTÍN DELGADO, 2002). Pero aún así, todavía existe una minoría de residentes españoles que carecen de asistencia gratuita, generalmente por tener recursos que no pertenecen a la Seguridad Social. Esta minoría se ha reducido por la Ley 30/1995 de Seguros Privados (FREIRE CAMPOS, 2005). Tan solo Cataluña y Navarra han legislado bajo sus competencias de sanidad y seguridad social, diferentes normas que aseguran la universalidad y asistencia gratuita. Se trata de un aseguramiento voluntario, contemplando la posibilidad de solicitar el reconocimiento del derecho a dicha asistencia pero debiendo colaborar en la financiación mediante el pago de una cuota. Este seguro sólo lo pueden realizar las comunidades del Art. 151 de la CE que tienen competencias de ejecución y desarrollo legislativo en materia de Seguridad Social, el resto de comunidades deben modificar sus estatutos de autonomía, ya que solo tienen las competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (Art. 149.1.17 CE).

Por lo que se refiere a los menores, tuvo mucha importancia la ratificación de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niño y posteriormente la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor; que en su Art. 10.3 reconoció que los menores extranjeros que se encuentren en España “tienen derecho a la asistencia sanitaria y a los demás servicios públicos...”, aun cuando no residieran legalmente en España” (FREIRE CAMPOS, 2005). Mención aparte es la ocasionada por los extranjeros adultos. Su asistencia viene regulada por la Ley Orgánica 4/2000; modificada por la Ley Orgánica 8/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. Su Art. 12 establece las siguientes reglas sobre el derecho a la asistencia sanitaria gratuita, que son reproducidas en parte en el Art. 3 de la LCC. De este precepto resulta que el extranjero empadronado tiene asistencia sanitaria gratuita en las mismas condiciones que los españoles (MARTÍN DELGADO, 2002;

CUEVA ALEU, 2004). El único requisito es la inscripción padronal (al margen de situación legal). La igualdad en el trato sigue primando independientemente del modo de acceso (Art. 16 LCC). La equiparación por la inscripción padronal, no exime al igual que a los españoles, de reunir alguna de las situaciones a las que da derecho la asistencia sanitaria, pero debido a que la mayoría de los extranjeros irregulares carecen de recursos económicos, pues acaban teniendo la asistencia gratuita. Se ha provocado una discriminación positiva frente al extranjero, ya que se le concede la asistencia sanitaria gratuita en casos de urgencia, que no tienen la minoría de españoles no incluidos en la Seguridad Social, que son incluidos en el Art. 16 como “pacientes privados”. Solo en el caso del parto, la situación es equitativa, ya que las españolas tienen derecho a la asistencia por la Convención de los Derechos del Niño de 1989, y es además obligatoria por parte de los profesionales sanitarios, por la exigibilidad del derecho a la protección a la salud (Art. 196 del Código Penal) (MARTÍN DELGADO, 2002; CUEVA ALEU, 2004). El Acuerdo Parlamentario de 1998 en su apartado 1.1.b recomendaba la universalización. Desde ese Acuerdo han pasado ocho años, y la DF 2ª de la LGS sigue sin cumplirse a pesar de disponer de un plazo de dieciocho meses para armonizar y refundir los diferentes regímenes. Pero el mantenimiento de un mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) no se entiende si pretendemos la equiparación y universalización (FREIRE CAMPOS, 1995).

También hay desavenencias en el RDL 1/1994, ya que delimita en su Art. 1 que es un “derecho de los españoles a la Seguridad Social” tanto en sus modalidades contributivas como no contributivas. Y su Art. 10 permite la existencia de multitud de regímenes, que dan lugar a la dispersión normativa sobre el tema. Al igual que la existencia de las empresas colaboradoras de la Seguridad Social o las MATEPP (RD 1993/1995 y RD 428/2004). Queda por integrar a la Sanidad Penitenciaria como dispuso la DA 6ª de la LCC (en el plazo de dieciocho meses desde 2003), el Seguro Escolar (que data de 1953), o la multitud de seguros voluntarios y obligatorios que existen en España (FREIRE CAMPOS, 2005). Es necesario reconocer el de-

recho a la asistencia sanitaria (de los españoles y extranjeros residentes en España), por la naturaleza no contributiva de la Ley 24/1997 y la Ley 21/2001, que ha modificado los Art. 79-80 de la LGS.

Se hace necesaria una Ley sobre universalización, en el sentido de acceso, pero no de gratuidad (MARTÍN DELGADO, 2002). La esencia de la democracia moderna radica en su constante inclusión de más personas en el ámbito de la ciudadanía plena (RUIZ SOROA, 2006). El Informe del Defensor del Pueblo del año 2005 ha constatado que la insuficiencia de recursos impide una plena universalización, que exigiría reformas legales, en las que bastaría una norma de rango de Ley ordinaria que modificase la LGS y el RDL 1/1994.

Este grupo crítico supone casi un tercio (28%) de la LGS con 41 artículos. Se trata de un importante volumen, y el más importante de los vistos. No importa por su cantidad sino por los temas que tratan como la universalización de la asistencia, el copago, la iniciativa privada o el modo de organizarse el SNS. Son temas pendientes de realización o de debate claro, y que necesitan de una clarificación de posiciones por parte de los principales actores del escenario sanitario. Tras este análisis vemos que de los 143 artículos de la LGS hay 100 (70%) que merecen un análisis o reflexión sopesada (Tabla 1).

Tabla 1

Grupo	Nº	%
Derogados y modificados	10	7
Obsoletos	33	23
Desenfocados o desajustados	16	11.2
Crítico	41	28.8
Total	100	70

Son pocos los temas no revisados o tratados, por lo técnico del tema como son las sanciones e infracciones (Art. 32-37), o lo testimonial del tema, como la DF 3ª, sobre Hospitales Clínicos y su integración en el SNS.

7.- Grupo innovador o de debate

Se trata de temas que no aparecían o lo hacían de una forma muy sucinta en la agenda pú-

blica de 1986, pero que en la actualidad deben centrar el eje del debate político y sanitario del siglo XXI.

7.1.- La atención sociosanitaria o a la dependencia

La atención a las personas dependientes puede marcar el debate político de la próxima década hasta que se encuentre un modelo o “Sistema Nacional de Dependencia” definitivo, tal y como ha ocurrido con el SNS. La LGS no se preocupó por el tema, o tenía otras inquietudes. No utiliza la expresión “sociosanitario”, si no que ha sido hasta 1997 en que aparece por primera vez el término (diez años después de la LGS), en la Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión (VIDA FERNÁNDEZ, 2004). Posteriormente, el Acuerdo Parlamentario de 1998, se preocupó por la situación en su apartado 1.3. La LCC supone la mayoría de edad de la atención sociosanitaria, en su exposición de motivos si que se preocupa por la situación creada. El Art. 14 de la LCC delimita y establece la prestación sociosanitaria (pero solo en lo sanitario, falta por definir lo social), y no la desarrolla como hace con otras.

Hay suficientes razones y motivos para plantear un gran Pacto de Estado, con una renovación y un desarrollo del Pacto de Toledo y desarrollar el cuarto pilar del Estado de Bienestar. Los ciudadanos tienen derecho a la educación, la sanidad, las pensiones y ahora un derecho de ayuda a la dependencia. España tendría con este cuarto derecho un Estado de Bienestar bastante desarrollado y de calidad, frente a la visión catastrofista de algunos autores (NAVARRO, 2006).

7.2.- Ley de Prestaciones e Igualdad Sanitaria

La LGS establece que las políticas de salud estarán orientadas a la superación de desequilibrios territoriales y sociales (Art. 3.2 y 3.3). Es decir, que a igual necesidad, igualdad de acceso (MOLINA GARRIDO, 2005; REY PORTOLÉS, 2002). La LCC en su Art. 1, vuelve a preocuparse por reducir desigualdades, parece que casi dieciocho años de LGS no han sido suficientes para reducirlas o eliminarlas, por que la LCC hace mención a ellas en varios artículos

(2c, 71.1.ñ, DA 5ª del Fondo de Cohesión, DA 7ª de Cooperación al desarrollo sanitario). El RD 1030/2006 y el anterior RD 63/1995 han ordenado el Catálogo de Prestaciones, sin embargo, como hemos visto, las comunidades pueden ampliarlo o mejorarlo, cumpliendo siempre el requisito de suficiencia financiera. Pero esto puede originar inequidades o desigualdades de acceso a ciertos recursos entre los ciudadanos, solo por el hecho de vivir en comunidades autónomas diferentes. Por ejemplo, muchas comunidades han legislado, fuera del Consejo Interterritorial unas leyes de garantía de tiempos máximos de espera en atención especializada. Las garantías de tiempos de espera, no es realmente una prestación incorporada, pero las que se incorporen a las diferentes carteras de servicio de las comunidades autónomas como financiación de medicamentos, salud bucodental, cirugía de cambio de sexo... puede originar un “turismo sanitario”. Algún autor alerta de un entorno complejo, y con una eventual fractura de la uniformidad de los derechos prestacionales de los ciudadanos, exigiendo un mínimo común denominador en el estatus jurídico de los ciudadanos (PALOMAR OLMEDA, 2004b), quizás sea necesario una vez más reclamar el título de ciudadano sanitario. Es necesario que el Ministerio o en su caso el Consejo Interterritorial pongan cierto orden para asegurar la igualdad efectiva de todos los españoles.

7.3.- Ley de Financiación Sanitaria o de Sostenibilidad Financiera Sanitaria

El Fondo de Cohesión Sanitaria “tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo” (Art. 4.B.c Ley 21/2001). El RD 1247/2002 reglamentó el Fondo pero destinándolo solo a los desplazados (GIMENO ULLASTRES, 2005). La LCC recuperó el Fondo de Cohesión en su DA 5ª, pero con unos fines diferentes; la financiación del uso tutelado y los planes integrales de salud ¿es esta su finalidad? Su regulación ha resultado insuficiente pa-

ra resolver los problemas derivados de la tensión entre el derecho a recibir asistencia en cualquier lugar, y la descentralización territorial de la prestación que corresponde a las Comunidades Autónomas. Por eso se ha aprobado un nuevo Reglamento sobre este Fondo (RD 1207/2006). El Fondo de Cohesión Sanitaria debería ser un instrumento financiero redistributivo al servicio del derecho de todos los españoles para recibir asistencia sanitaria en cualquier lugar del territorio nacional (sea mediante la asistencia programada o no), mediante las dotaciones financieras y ajustes económicos que sean precisos entre los prestadores de la asistencia sanitaria.

Este sistema de financiación tiene sus disfunciones como quedó reflejado en la I Conferencia de Presidentes (28 de octubre de 2004), y el anuncio de su tratamiento monográfico en la II Conferencia de Presidentes (10 de septiembre de 2005). Se constata la necesidad de revisar el sistema de financiación mediante un acuerdo político y social, asegurando la sostenibilidad futura del SNS como uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar. Son varios los autores que opinan que estos fondos extras han supuesto un retroceso del sistema (PEMÁN GAVÍN, 2005d; JIMÉNEZ PALACIOS, 2006; NAVARRO, 2006; FERNÁNDEZ ORDÓÑEZ, 2005; REY DEL CASTILLO, 2006).

El informe “Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España” (GONZÁLEZ LÓPEZ- VALCÁRCEL, 2006) recomienda una reforma del Fondo de Cohesión y un Consejo Interterritorial con capacidad ejecutiva. El Fondo de Cohesión debería desdoblarse en un fondo para la atención a desplazados, administrado por el Ministerio de Sanidad, y un fondo de igualdad para reducir desigualdades no deseadas y realizar políticas de salud de ámbito supracomunitario. El texto también señala que el Consejo Interterritorial debería ganar poder ejecutivo, trascendiendo más allá de su actual carácter meramente consultivo.

7.4.- Ley de Salud Pública

Los cambios sociales, demográficos, económicos, políticos e incluso culturales tienen una gran influencia sobre la salud. Para dar solución a estos nuevos problemas de salud es ne-

cesario dotar de recursos de todo tipo a la Salud Pública, sobre todo en España, que sufre un déficit considerable respecto a otros países de su entorno (FARJAS ABADÍA, 1999; NAVARRO 2006). Uno de estos recursos, es el legal. En la actualidad, España tiene como marco legal en Salud Pública, la Ley Orgánica 3/1986, la LGS, y la Ley 7/1985, de las Bases del Régimen Local, por el que tienen el carácter de autoridad sanitaria los órganos administrativos en sus respectivos ámbitos competenciales. Vemos que la descentralización sanitaria es necesaria por eficacia y eficiencia del SNS, pero es necesario recuperar el papel coordinador del Estado ante situaciones de crisis (JIMÉNEZ PALACIOS, 2006). Hemos visto que la LGS no contempla como uno de sus objetivos la Salud Pública, que la Ley 3/1986 sólo lo hace de un modo parcial, y que los temas de salubridad e higiene importan poco a los ayuntamientos debido al escaso desarrollo de su poder inspector y sancionador (CRIADO ÁLVAREZ, 2003; NAVARRO, 2006). Por ello, se hace necesaria una Ley de Salud Pública, que ha recobrado cierta relevancia con la LCC (Art. 11) y el RD 1030/2006. No se trata de recuperar competencias (que fueron las primeras que se transfirieron), sino de dar orden, véase el desacuerdo en algo tan básico como es un calendario de vacunaciones homogéneo para todo el Estado. Los acuerdos en materia de Salud Pública del Consejo Interterritorial deberían verse atribuidos de rango ejecutivo, como se ha hecho con los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, sobre todo si se afectan los derechos de los ciudadanos. Pero la politización actual del Consejo, la falta de agilidad del Ministerio, o cómo se toman las decisiones en Salud Pública obligan a tomar una medida de este tipo (CRIADO ÁLVAREZ, 2005). Dar naturaleza jurídica vinculante a sus decisiones favorecería su papel de autoridad ¿Falta voluntad política para hacerlo? (FREIRE CAMPOS, 2005; SEVILLA PÉREZ, 2006). Quizás se deba replantear el papel del Ministerio o la aparición de las Agencias estatales.

7.5.- Futuro del Ministerio de Sanidad y Consumo

¿Debe el Ministerio desaparecer? ¿Transformarse? Quizás sí. La multitud de agencias

dependientes orgánica y funcionalmente de él, el nuevo papel del Consejo Interterritorial tras la LCC, y la necesidad cada vez mayor de un Estado coordinador lo hacen necesario. Nadie sabe cómo debe denominarse (Ministerio, Instituto, Agencia), pero todos saben cuáles serán sus funciones. Debe ser un órgano que lidere las políticas de salud, que vertebral y ordene el Estado, que inspeccione y vigile la labor de las comunidades autónomas, y ser el garante de los derechos sanitarios de la ciudadanía en cuanto a igualdad y acceso. Las leyes de la termodinámica pueden aplicarse a la estructura de las organizaciones, que generalmente se crean muy fácilmente, difícilmente se transforman y raramente desaparecen. El Ministerio de Sanidad y Consumo creado en 1981 puede desaparecer sin ningún problema y transformarse después de veinticinco años de existencia.

8.- Conclusiones

El SNS debe ser capaz de conseguir un “Pacto por la Sanidad” que acabe en consenso, y promueva una nueva Ley de Sanidad, una Ley necesaria para el siglo XXI. La LGS una vez estudiada pormenorizadamente, se ha quedado obsoleta, derogada, poco definida o superada. La agenda sanitaria debe contemplar en un futuro cercano como marco de trabajo los siguientes objetivos:

- Definir el nuevo papel del Ministerio o del Consejo Interterritorial como líderes del SNS.
- Vincular el derecho a la salud y la asistencia sanitaria al concepto de ciudadanía
- Garantizar la sostenibilidad financiera del SNS, mediante una regulación y desarrollo del Fondo de Cohesión, o una regulación específica de la financiación sanitaria.
- Conseguir la universalidad del SNS mediante la unicidad del aseguramiento.
- Establecer garantías de igualdad y accesibilidad a los ciudadanos, así como de

calidad y de cartera prestacional uniforme.

- Mantener un sistema público y gratuito, con los copagos que sean precisos.
- Favorecer la participación ciudadana en órganos o estructuras flexibles, de manera que se haga realidad la democracia sanitaria.
- Plantear políticas de Salud Pública globales.
- Afrontar el reto de la atención sociosanitaria o de dependencia con criterios definidos, un plan económico sostenible.

9.- Bibliografía

ANTEQUERA VINAGRE JM, OTEO OCHOA LA (2003). La equidad como garantía prestacional de los usuarios e identidad del Sistema Nacional de Salud: Ciudadanía y democracia sanitaria. Revista de Administración Sanitaria, 1 (1): 47-64.

BELTRÁN AGUIRRE JL (2002). La frustrada “independización” de la asistencia sanitaria pública del sistema de Seguridad Social. En: CABASÉS JM et al (2002). Informe SESPAS, 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Consejería de Sanidad, 227-238.

CIERCO SIERRA C (2006). Administración Pública y salud colectiva. El marco jurídico de la protección frente a las epidemias y otros riesgos sanitarios. Granada: Editorial Comares.

CRIADO ÁLVAREZ JJ (2003). Las competencias sanitarias de los ayuntamientos. Medicina Preventiva, 9: 10-14.

CRIADO ÁLVAREZ JJ (2005). ¿Qué pensaría Lalonde sobre la toma de decisiones en salud pública? Medicina Clínica, 125: 158.

CUEVA ALEU I (2004). El derecho constitucional a la protección de la salud. Jurisprudencia constitucional. GUERRERO ZAPLANA J (2005). En: Salud Pública y Derecho Administrativo. Madrid: Consejo general del Poder Judicial, 13-80.

FARJAS ABADÍA P ET AL (1999). La coordinación sanitaria en el ámbito de la Salud Pública. Revista de Administración Sanitaria, 3 (12): 633-648.

FREIRE CAMPOS JM (2005). La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: Importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: REPULLO LABRADOR JR, OTEO OCHO LA (Editores) (2005). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel, 61-99.

GARCÍA ORTEGA C, ALMENARA BARRIOS J (2004). Nuevo escenario para el Sistema Nacional de Salud: transferencias y novedades legislativas. Medicina Clínica, 123 (2): 61-65.

GIMENO ULLASTRES JA, TAMAYO LORENZO PA (2005). La sostenibilidad financiera del sistema público de salud. En: REPULLO LABRADOR JR, OTEO OCHO LA (Editores) (2005). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel, 25-48.

GONZÁLEZ LÓPEZ- VALCÁRCEL B, BARBER PÉREZ P (2006). Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Madrid: Fundación Alternativas.

HERNÁNDEZ YÁÑEZ J (2005). Sistema Nacional de Salud y vinculación de los agentes profesionales. En: REPULLO LABRADOR JR, OTEO OCHO LA (Editores) (2005). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel, 199-214.

JIMÉNEZ PALACIOS A (2006). El Sistema Nacional de Salud 20 años después. Revista de Administración Sanitaria, 4 (2): 311-322.

LLANO SEÑARIS J, POLANCO SÁNCHEZ C, GARCÍA ARMESTO S (2004). ¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ergón.

LÓPEZ CASASNOVAS G (2003). Nuevos paradigmas en la provisión pública de bienes privados preferentes. El caso de la sanidad. En: LÓPEZ CASASNOVAS G (2003). El interfaz

público- privado en Sanidad. Barcelona: Masson, 17-45.

MARTÍN DELGADO I (2002). La asistencia sanitaria de los extranjeros en España. Derecho y Salud, 10 (2): 197-217.

MOLINA GARRIDO MC (2005). Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria de las comunidades de régimen común: Implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica. Navarra: Thomson Civitas, Aranzadi SL.

NAVARRO V (2006). El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias. Barcelona: Anagrama.

OTEO OCHOA LA, REPULLO LABRADOR JR (2005). Institucionalización y gobierno en el Sistema Nacional de Salud. En: REPULLO LABRADOR JR, OTEO OCHO LA (Editores) (2005). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel, 101-121.

PALOMAR OLMEDA A (2004a). Servicio de información y tarjeta sanitaria en el marco de la nueva regulación de las relaciones interadministrativas en materia de sanidad. En: Parejo L, Palomar A, Vaquero M (Coords.). La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons, 169-213.

PALOMAR OLMEDA A (2004b). El nuevo papel de la Administración General del Estado. Madrid: Dykinson.

PEMÁN GAVÍN, JM (2005a). La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: Cuestiones abiertas y retos pendientes. En: PEMÁN GAVÍN, JM (2005). Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares, 43-121.

PEMÁN GAVÍN, JM (2005b). Del Seguro Obligatorio de Enfermedad al Sistema Nacional de Salud. El cambio en la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto del siglo XX. En: PEMÁN GAVÍN, JM (2005). Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares, 3-42.

PEMÁN GAVÍN, JM (2005c). Autonomía y unidad en el Sistema Nacional de Salud. Reflexiones a propósito del cierre de las transferencias sanitarias y de la aplicación del nuevo sistema de financiación del sistema. En: PEMÁN GAVÍN, JM (2005). Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares, 125-184.

PEMÁN GAVÍN, JM (2005d). La nueva configuración del Sistema Nacional de Salud tras la Ley de Cohesión y Calidad. En: PEMÁN GAVÍN, JM (2005). Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares, 187-251.

QUADRA SALCEDO T (2004). Igualdad, derechos de los pacientes y cohesión del Sistema Nacional de Salud. En: Parejo L, Palomar A, Vaquero M (Coords.). La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons, 11-35.

REBOLLO PUIG M (2004). La Alta Inspección. En: Parejo L, Palomar A, Vaquero M (Coords.). La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons, 137-166.

REY DEL CASTILLO J (2003). Algunos comentarios para el análisis de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria; 1 (3): 365-402.

REY DEL CASTILLO J (2005). Arquitectura e instrumentos de cohesión en el Sistema Nacional de Salud. En: REPULLO LABRADOR JR, OTEO OCHO LA (Editores) (2005). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel, 266-289.

REY DEL CASTILLO J (2006). Algunos comentarios sobre la Conferencia de Presidentes autonómicos y el futuro del Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria; 4 (2): 323-339.

REY PORTOLÉS JL (2002). Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Su definición. Sus garantías. Su ampliación y/o reducción. Revista de Administración Sanitaria; 6 (Monográfico 2): 57-74.

RODRÍGUEZ LÓPEZ P (2004). Nuevas Formas de gestión Hospitalaria y Responsabilidad Patrimonial de la Administración. Madrid: Dykinson.

SALA ARQUER JM, VILLAR ROJAS F (2002). Análisis de la cooperación en un sector determinado: La sanidad pública. Derecho y Salud, 10 (1): 79-94.

SÁNCHEZ CARO J, ABELLÁN F (2003). Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002, de 14 noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Granada: Editorial Comares.

SEVILLA PÉREZ F (1995). Aseguramiento Público versus Aseguramiento Privado. En: Análisis del Sistema Sanitario Español. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud, 56-71.

SEVILLA PÉREZ F (2005). Políticas y estrategias de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Sostenibilidad vinculada a agentes sociales. En: REPULLO LABRADOR JR, OTEO OCHO LA (Editores) (2005). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel, 183-198.

SEVILLA PÉREZ F (2006). Situación y perspectivas de la coordinación del Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria; 4 (1): 95-100.

VAQUER CABALLERÍA M (2004). La coordinación y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En: Parejo L, Palomar A, Vaquero M (Coords.). La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons, 111-136.

VERA HERNÁNDEZ M (2003). Interacciones entre seguro público y privado en sanidad. El caso de la sanidad. En: LÓPEZ CASASNOVAS G (2003). El interfaz público- privado en Sanidad. Barcelona: Masson, 47-64.

VIDA FERNÁNDEZ J (2004). Las prestaciones sanitarias del SNS: Catálogo de Prestaciones y Carteras de Servicios. En: Parejo L, Palomar A, Vaquero M (Coords.). La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons, 37-109.

ZORNOZA PÉREZ J (2004). La financiación del Sistema Nacional de Salud. En: Parejo L, Palomar A, Vaquero M (Coords.). La reforma

del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons, 253-284.