

LEYES SANITARIAS: BALANCE DE UNA DÉCADA Y PERSPECTIVAS DE FUTURO¹

Mario Mingo Zapatero
Presidente de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales
Congreso de los Diputados

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. RETROSPECTIVA: 10 LEYES DESTACABLES
3. PROSPECTIVA: LEYES PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS
4. CONCLUSIÓN: LEGISLAR DESDE LAS SINERGIAS

1. INTRODUCCIÓN

Buenos días a todos. Queridas amigas y amigos. Creo recordar que fue Platón el que en su momento dijo aquello de que “donde reina el amor, sobran las leyes”.

Por desgracia, el amor no está tan presente en nuestras vidas como para que podamos prescindir de las leyes.

Todo ha cambiado mucho desde el siglo IV antes de Cristo y hoy día ni nos sobra el amor, ni por su puesto nos sobran las leyes.

Ordenar, prohibir, permitir... las leyes vertebran nuestra sociedad y marcan las pautas sobre las que garantizar el respeto y el cumplimiento de los derechos que, en nuestro caso, en el caso de España, establece la Constitución de 1978.

No obstante, conserven la calma porque no voy a reflexionar sobre las características de las leyes que nos rigen, sobre su carácter natural o positivo, sobre sus clasificaciones o sobre las interpretaciones que se puedan hacer de sus artículos.

No tendría sentido, pues ustedes, saben mucho más que yo de estos temas, y además no me habéis invitado para hablar sobre eso.

Hoy, queridas amigas y amigos, tengo el honor de dirigirme a ustedes para exponerles mis impresiones sobre las leyes que regulan el principal pilar del Estado del Bienestar en nuestro país, es decir: la Sanidad.

Hablar de Sanidad en España es hacerlo de un sistema asistencial bueno, de un espejo en el que todos los países del mundo se han mirado en alguna ocasión –y se siguen mirando– cuando quieren saber qué y cómo se debe hacer para ofrecer una asistencia sanitaria de calidad e intentar posteriormente replicarlo.

El Sistema Nacional de Salud es un referente mundial.

Es un modelo mejorable y en vías de reestructuración, como después comentaré, pero que en apenas 30 años ha conseguido hacer de la calidad, de la cohesión, de la equidad y de la universalidad sus señas de identidad.

¹ Transcripción literal de la ponencia.

Nuestra Sanidad es uno de los principales valores, sino el principal, de lo que ahora conocemos como “Marca España”, y lo es por nuestros profesionales, que por preparación, experiencia y resultados clínicos obtenidos son el principal valor, la piedra angular de nuestro sistema sanitario, lo es por nuestro sistema de formación, clave del elevado nivel de nuestros recursos humanos, lo es por nuestra red de centros asistenciales, extensa tanto en el ámbito de la atención primaria como en lo que a la asistencia especializada se refiere, lo es por nuestra investigación, desarrollo e innovación biomédicas, pues somos líderes, cuanto menos, en publicaciones científicas y ensayos clínicos, lo es porque contamos con la tecnología y los procesos asistenciales más avanzados, respaldados siempre por la evidencia científica, y lo es, entre otras razones, por las leyes que desde hace años regulan la estructura, el funcionamiento y la actividad desarrollada en el Sistema Nacional de Salud.

Concibiendo las leyes como herramientas al servicio de los ciudadanos, para dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de la sociedad, y para garantizar cuanto menos unos mínimos, en el caso que hoy nos atañe, en la prestación de la asistencia sanitaria en nuestro país.

Comentaré, si me lo permiten, las leyes más importantes de los últimos años en el ámbito de la Sanidad, al menos a mi entender.

Son esas normas a las que antes hacía referencia, esas leyes que, como decía, han favorecido que hoy disfrutemos de lo que en el ámbito de la Economía se conoce como un ‘Gold standard’, es decir, de un sistema sanitario ‘de primera’.

Partiendo del artículo 43 de la Carta Magna de 1978, el cual reconoce como fundamental “el derecho a la protección de la salud” y establece que son los poderes públicos los que deben “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, son muchas y bastante variadas en fondo y forma las leyes que se han aprobado, aplicado y renovado en materia de Sanidad hasta nuestros días.

Haré referencia a diez de ellas, que por las necesidades sociales del momento en el que fueron promulgadas o por la transcendencia que han tenido en el tiempo considero que deben ser destacadas, y me explicaré desde mi condición de médico en activo y desde la perspectiva que dan los más de quince años que llevo en la primera línea de la política sanitaria

en este país, antes como portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso de los Diputados, y ahora como presidente de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del propio Congreso.

2. RETROSPECTIVA: 10 LEYES DESTACABLES

Queridas amigas y amigos. La primera de las normas a la que haré mención a modo de punto de partida, de principio del que parte el actual Sistema Nacional de Salud, es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

El Instituto Nacional de Previsión, el Seguro Obligatorio de Enfermedad y la Ley General de la Seguridad Social de 1974 eran insuficientes para satisfacer las demandas sanitarias de una sociedad española, la de los años 80’, en plena efervescencia.

Fue entonces cuando se aprobó la Ley General de Sanidad, la que sienta las bases del modelo de sistema sanitario que hoy tenemos, la que establece la creación del Ministerio de Sanidad y de las consejerías de Sanidad en las comunidades autónomas al tiempo que desarrolla el artículo 43 de la Constitución al que antes me he referido.

Algunos años después, concretamente 17, se promovió la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ante la transferencia de la mayor parte de las competencias en materia de Sanidad a las comunidades autónomas, la Ley de Cohesión contempla en su articulado la coordinación y la cooperación entre las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar la protección de la salud y garantizar la calidad, la equidad y la participación social en el sistema sanitario.

Dicho con otras palabras, la Ley de Cohesión actualizó las bases establecidas en la Ley General y respondió a la realidad administrativa del país sentando las bases para que “los servicios públicos sanitarios respondan a unas garantías básicas y comunes”.

Otras regulaciones cuanto menos destacables de los últimos años son:

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y

documentación clínica, que aclara la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias, ofreciendo en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

Además, la Ley 41/2002 trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que ha posibilitado el desarrollo de la colaboración público-privada que tan buenos resultados ha dado tanto en la consecución de avances asistenciales, como en optimización de los recursos disponibles en el Sistema Nacional de Salud.

La colaboración público-privada en el ámbito sanitario está presente en todas las comunidades autónomas en mayor o menor medida, y sirve de complemento para el sistema público, bien para derivar pacientes y reducir listas de espera, bien para satisfacer la demanda de la mayor parte de los funcionarios que escogen ser atendidos en centros privados...

Más allá de las opiniones y los planteamientos ideológicos de cada cual, que por supuesto respeto, la colaboración público-privada es beneficiosa para nuestro modelo sanitario, pero este es otro tema que si os parece, podemos tratar en el siguiente foro...

Continúo:

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), estableció las bases para el ejercicio de la actividad profesional, el trabajo multidisciplinar y en equipo de los sanitarios, y la movilidad y el desarrollo de la carrera de los sanitarios.

Desde, y cito textualmente del preámbulo de la ley, “la íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad”, la LOPS dota al sistema sanitario de un marco legal que

contempla los diferentes instrumentos y recursos con los que hacer posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como en la privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población.

Además, la ley garantiza “que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud”.

Con la Ley 14/2007, de 13 de julio, de investigación biomédica, se regularon ámbitos insuficientemente o asimétricamente legislados hasta entonces como los análisis genéticos y la investigación con muestras biológicas humanas -en particular las de naturaleza embrionaria-, y los biobancos.

Esta norma, que puso el foco en las enfermedades más prevalentes, el fomento de la I+D transaccional, y en la colaboración continuada entre la universidad, la empresa y la Administración, fue completada con la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, en la que son varias las ocasiones en las que se hace referencia a la carrera, la situación laboral y la movilidad de los investigadores, así como a las funciones que debe desarrollar el Instituto de Salud Carlos III como organismo público de investigación y el papel que corresponde a los centros asistenciales que forman parte de la red del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la I+D+i.

Otras leyes a poner en valor son la 28/2005, de 26 dediciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, y la 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la citada Ley 28/2005.

Ambas suponen un importante salto cualitativo en materia de salud pública y responden a la demanda social de una mayor protección frente al humo del tabaco y a los importantes perjuicios que éste supone para la salud no sólo del que fuma, sino también del que está a su lado, ahondando en la prevención-retraso en la edad de inicio en el consumo y en la deshabituación de los fumadores.

Planteamientos teóricos relativos a la prevención de enfermedades prevalentes en nuestro país como el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las patologías cardiovasculares, fueron trasladados

a la práctica con estas leyes, y estoy convencido de que en unos años tendremos perspectiva e información objetiva suficiente para darnos cuenta de cuántos enfermos hemos evitado y cuántos recursos hemos ahorrado al sistema.

En una línea similar, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que entiende la salud como “una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa”, establece las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas en materia de salud pública y proporciona -junto con la educación- las mejores oportunidades para que una sociedad tenga bienestar.

En otro sentido, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, reemplazó a la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, y sirvió para afrontar el desafío que supone asegurar la calidad de la prestación farmacéutica, impulsar el uso racional de los medicamentos, y garantizar que todos los ciudadanos tienen acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad, y en un marco descentralizado.

Volviendo a 2011, cabe destacar la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición, que atiende a la detección y la eliminación de riesgos físicos, químicos y biológicos desde un nuevo enfoque anticipatorio que se fundamenta jurídicamente en el principio de precaución, y que tiene en cuenta la creciente importancia de los riesgos nutricionales, dada la creciente y preocupante prevalencia en la actualidad de la obesidad, especialmente entre la población infantil y juvenil.

Y finalmente, la última regulación de los últimos años a la que haré referencia por el calado de los cambios que ha significado, aunque no sea propiamente una ley, es el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Como indica su propia denominación, el Real Decreto Ley 16/2012 surgió como el medio para reintroducir al sistema sanitario en la senda de la estabilidad, de la sostenibilidad asistencial y de la solvencia económica de la que se había desviado en los últimos años.

El RDL 16/2012 aborda la cohesión en el Sistema Nacional de Salud, la prestación farmacéutica,

las condiciones de acceso de los ciudadanos al sistema sanitario, los servicios contemplados en la cartera pública de servicios y la gestión de los recursos humanos, planteando una reestructuración del modelo que venía siendo necesaria desde años atrás y que se antojaba urgente para converger con la Unión Europea y acabar con desajustes importantes como el ocasionado por el turismo sanitario, así como para mejorar la planificación de las necesidades de profesionales en el presente y en los años venideros, hacer más proporcional y justa la aportación económica de los pacientes en el acceso a los medicamentos, y garantizar desde la evaluación comparativa el coste-efectividad de toda tecnología y prestación sostenida con financiación pública.

En resumen, queridos amigos, las leyes que he comentado con la brevedad requerida para adaptarme el tiempo del que dispongo, han dado respuesta, con mayor o menor grado de fortuna y de éxito, a las necesidades sanitarias de los españoles de los últimos 30 años.

No obstante, si tenemos que poner como ejemplo de dinamismo a algún sector, ese es, sin duda, el sanitario.

En consecuencia, las leyes han de evolucionar también, y han de hacerlo con una celeridad lo más parecida posible a las necesidades de la sociedad.

3. PROSPECTIVA: LEYES PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS

En un contexto socioeconómico tan complejo como el actual, marcado por la coyuntura económica, por el progresivo envejecimiento de la población, por la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, por la necesaria e imparable tendencia hacia la fusión de lo sanitario y lo social, y por la necesidad imperante de optimizar todos y cada uno de los recursos disponibles en el sistema, debemos reflexionar con detenimiento sobre el sistema asistencial que queremos, que necesitamos, que nos podemos permitir en los próximos años.

¿Es viable mantener el modelo actual tal cual funciona?

¿Es necesario modificarlo y combinarlo con un modelo en el que los usuarios hagan aportaciones económicas por proceso asistencial?

¿Tenemos la capacidad suficiente para mantener todas las prestaciones que contempla actualmente la cartera pública de servicios?

¿Sería razonable cambiar las señas de identidad de nuestro modelo para converger con la Unión Europea?

En todo caso, con independencia de la opción por la que optemos, las leyes han de ser concretas y dar soluciones a los problemas actuales al tiempo que cuentan con la capacidad de adaptarse a situaciones futuras garantizando el cumplimiento de los derechos adquiridos por los ciudadanos.

Queridas amigas y amigos, requerimos leyes con las que poner solución a los problemas de financiación que actualmente padece el Sistema Nacional de Salud, atendiendo a las necesidades reales, realizando estudios prospectivos con los que adelantarnos a situaciones futuras, y favoreciendo la solvencia, así como que el modelo cuente con recursos que realmente necesita para garantizar la calidad, la cohesión, la calidad y la universalidad.

Es necesario diseñar leyes que redistribuyan las competencias de cada nivel asistencial, favoreciendo que las oficinas de farmacia ganen protagonismo en el control y seguimiento terapéuticos de los pacientes, que los centros de atención primaria tengan una mayor capacidad resolutoria para evitar, cuando sea posible, traslados a los hospitales, y que los hospitales –así como los centros de salud– estén plenamente coordinados con los servicios sociales para asegurar la continuidad asistencial y convertir al paciente de una vez por todas en el epicentro del sistema sanitario.

Necesitamos también leyes que remodelen las funciones que corresponde desarrollar a cada profesional.

Se han dado ya pasos para que enfermeros y fisioterapeutas indiquen productos no sujetos a prescripción médica, liberando así a los facultativos de consultas evitables. Pero debemos ir más allá.

Tenemos que explorar nuevos modelos de formación, concretando qué y cómo se estudia en función del funcionamiento real del sistema sanitario, debemos madurar la idea de contar con nuevas profesiones sanitarias: ingeniería, psicología...

Hemos de desarrollar nuevas áreas de colabora-

ción multidisciplinar entre los profesionales e innovar desde la formación de calidad y dando prioridad a la seguridad de los pacientes.

Precisamente los pacientes suponen otro ámbito al que debemos prestar una atención mayor desde la perspectiva legal.

Antes comentaba la necesidad de convertirlos en el epicentro del modelo y me reafirmo en lo dicho, pero debemos hacerlo favoreciendo una actitud proactiva y una implicación continuada por su parte en la protección de su propia salud y en la prevención de la enfermedad, siendo la creación de asignaturas tanto en educación primaria como en secundaria una buena vía para conseguirlo, al menos, en niños y jóvenes.

Desde la experiencia acumulada y los avances promovidos por las asociaciones de pacientes, debemos hacer al ciudadano participe en las decisiones que se toman sobre su salud y contar con él como un agente más del sistema sanitario tanto para el cuidado de la salud como para el uso racional de los recursos disponibles.

Es necesario también que regulemos la coordinación entre la asistencia sanitaria y los Servicios Sociales, concretando de qué manera han de trabajar, sumar esfuerzos y favorecer una atención integral, humanizada y personalizada, especialmente en procesos de prevalencia creciente como son los relacionados con la salud mental, las cardiopatías y el cáncer.

En materia de investigación, desarrollo e innovación, y teniendo en cuenta la limitación de las aportaciones que pueden hacerse desde las administraciones, cabe destacar la necesidad de generar condiciones con las que favorecer el mecenazgo, con las que impulsar la participación de la iniciativa privada y favorecer la generación de sinergias con las que facilitar la generación de conocimiento, agilizar su aplicación a la práctica clínica desde la evidencia científica retener y atraer talento investigador, aumentar nuestra capacidad en el acceso a fondos competitivos, y motivar la generación y el registro de patentes que, al tiempo que mejoran el abordaje de las enfermedades, generan riqueza para el país.

Y finalmente, y aprovechando que la mención a las patentes, el ámbito de la farmacia, concretamente la farmacovigilancia, también requiere una actualización en favor de la proactividad y en la línea de

lo establecido por las directivas comunitarias de la Unión Europea.

Es algo en lo que está trabajando actualmente el Ministerio de Sanidad, y estamos ante una oportunidad inmejorable para seguir garantizando máxima seguridad en el acceso a los medicamentos.

4. CONCLUSIÓN: LEGISLAR DESDE LAS SINERGIAS

Queridas amigas y amigos, en los últimos minutos he hablado sobre muchos temas.

He hablado de la estructura del sistema sanitario, de los profesionales, de los pacientes, de la prestación farmacéutica, de la investigación biomédica, de la cooperación sociosanitaria, de la optimización de los recursos...

He hablado de cuestiones relativas a la sanidad reguladas y por regular en las que, tanto en las circunstancias actuales, como en las venideras, tendremos más posibilidades de éxito cuanto mayor sea la colaboración, cuantas más sinergias seamos capaces de crear.

Si el fondo y el contenido de cualquier ley son básicos, no menos importante es su forma.

De lo primero nos ocupamos principalmente en el Congreso y en el Senado, y más si cabe si tenemos la doble condición de político y profesional sanitario como es mi caso y como es el caso de la mayor parte de los portavoces de Sanidad de los grupos parlamentarios.

De lo segundo se ocupan ustedes, los juristas, y de la puesta en común de nuestros esfuerzos y conocimientos depende en gran medida el futuro del Sistema Nacional de Salud.

Depende que seamos capaces de consolidar y desarrollar el modelo asistencial y que nuestros hijos puedan sentirse igual que de satisfechos que nos sentimos nosotros hoy cuando acudimos a nuestro sistema sanitario.

Amigas y amigos, comencé mi intervención con una cita de Platón, del Siglo IV antes de Cristo, y quiero concluir con otra cita un poco posterior, concretamente del Siglo II, también antes de Cristo, que en este caso pronunció Marco Tulio Cicerón:

“Las leyes se han hecho para el bien de los ciudadanos”.

Parafraseando a Cicerón, hagamos, ustedes y nosotros, las leyes necesarias por y para el bien de los ciudadanos, las leyes precisas por y para el bien del Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias.