

PRESENTACIÓN

Segovia de Arana, que tanto ha hecho por la Sanidad española. Es miembro de nuestra Academia, de las de Ciencias Morales y Medicina. Fue Presidente del Consejo Asesor de Sanidad, y promovió el sistema MIR de formación especializada y el Fondo de Investigaciones Sanitarias. Y ha sido un apoyo importante en el proyecto que ahora presentamos.

A todos ellos el compromiso de nuestra Academia de seguir trabajando incansablemente en el empeño, siempre inacabado, de contribuir, desde nuestra actividad académica, a mejorar los niveles de servicio y excelencia de la salud pública como garantía de ejemplaridad y cohesión social y cultural.

Madrid, diciembre de 2010

José Ángel Sánchez Asiain

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento analiza el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) a lo largo del pasado siglo, haciendo hincapié en aquellos hitos importantes que lo han conducido al aseguramiento universal y público actual, referencia mundial por su universalización y eficiencia. No obstante, hoy preocupa la percepción de una serie de problemas que pueden poner en cuestión su sostenibilidad debido al incremento progresivo de los gastos sanitarios. Estos problemas se refieren a aspectos financieros, políticos, profesionales, sindicales y también de estructura y de prioridades.

Los logros conseguidos son evidentes y la necesidad de mantenerlos y mejorarlos es el móvil de este estudio que recoge opiniones de profesionales, gestores y responsables políticos, preocupados por el mantenimiento de un sistema del que todos nos sentimos orgullosos.

En el horizonte actual se contempla un «Pacto de Estado por la Sanidad». Un compromiso tal supondría un marco más adecuado para ofrecer respuestas a las incertidumbres que gravitan sobre el Sistema.

Durante el siglo XX la población española ha pasado de un bajo nivel de renta, con las secuelas de hambre, inanición y enfermedades, a altos niveles de renta, con consecuencias como la obesidad, la hipertensión y el aumento de accidentes de tráfico, pero también con un

incremento de la esperanza de vida que ha superado la de países más desarrollados económicamente.

Otro dato importante, aunque no exclusivamente español, ha sido lo que se ha denominado «el envejecimiento de la propia vejez», es decir el aumento de las personas septuagenarias, octogenarias, y de más edad. Un aumento progresivo e irreversible, porque para corregirlo sería necesario que el índice de fecundidad de la familia española pasase de poco más de un hijo a seis hijos por familia.

Este hecho tiene repercusiones en la sanidad, ya que la salud comienza a deteriorarse, por regla general, a partir de los 40-50 años, para hacerlo después de manera progresiva. Este fenómeno, junto con la tasa de dependencia, tiene consecuencias importantes para el gasto sanitario.

Los gastos sanitarios han sufrido un considerable incremento por diversas razones: el importante incremento demográfico, la universalización de la cobertura sanitaria y la implantación generalizada de las nuevas tecnologías con alto coste de inversión, manejo y mantenimiento.

Otro factor responsable del aumento de los gastos sanitarios es la descoordinación de la organización sanitaria, sobre todo en el ámbito de las inversiones, sin olvidar el incremento y falta de control del gasto farmacéutico, todo lo cual hace peligrar un sistema sanitario ejemplar. Por ello, la Delegación Española de la Academia Europea de Ciencias y Artes no ha sido ajena a la preocupación que otros países de Europa ya han manifestado ante el crecimiento progresivo de los costes sanitarios.

Este Libro Blanco pretende contribuir a la correcta identificación de los retos actuales y aportar orientacio-

nes que aseguren la puesta al día y la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

El documento enumera una serie de problemas que habría que resolver, apuntando a que la protección sanitaria es uno de los principales instrumentos de cohesión de la sociedad y núcleo fundamental del Estado de Bienestar.

En resumen, teniendo en cuenta todo lo dicho, el Libro Blanco plantea una serie de recomendaciones que se reflejan en el capítulo final.

El documento se completa con una selección de los principales textos legales, que quedan recogidos como anexos.

De la capacidad de compromiso por todas las partes dependerá que se preserven o no los valores esenciales de solidaridad y equidad del Sistema.

A. El Sistema Nacional de Salud y su evolución

1. Historia del SNS. Marco legal

La realidad actual procede de la confluencia de dos líneas de acción del Sector Público. La primera tiene sus raíces en la reacción del Gobierno moderado de Narváez ante la conmoción política y, sobre todo, ideológica, que surge de la Revolución de 1848. La Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849 nace para atender las necesidades sanitarias de la población de menores ingresos, con división de papeles entre Estado, las Diputaciones y de los Municipios. Pronto, todo un movimiento progresista vinculado a la creación de Sociedades de Higiene, motivó que el Estado, las Diputaciones y los Ayuntamientos emprendiesen acciones para frenar la morbilidad; desde campañas de vacunación —con el precedente etapa de la Ilustración y la vacuna contra la viruela— hasta decisiones, muy vinculadas con los municipios, relacionadas con traídas de agua potable, obras de alcantarillado o saneamientos diversos. Dentro de la organización administrativa española, gran parte de estas iniciativas pasaron a coordinarse desde el Ministerio de la Gobernación, donde acabaron apareciendo departamentos como la Dirección General de Beneficencia y la Dirección General de Sanidad, a más de la creación de entidades orientadas a actuar ante determinadas infecciones con importante

trascendencia social, como sucedió con el Patronato Nacional Antituberculoso.

Los establecimientos estatales, de acuerdo con el Reglamento de 19 de mayo de 1852, se orientaban a la satisfacción de necesidades permanentes, o que exigían atención especial. Recordemos el Hospital de la Princesa, en Madrid, albergue de enfermos con padecimientos agudos; o el Hospital Hidrológico de Trillo o el Sanatorio Lepra de Fontilles, relacionados con la lepra, o el Hospital-Manicomio de Leganés, o los Hospitales de enfermos incurables de Jesús Nazareno y Nuestra Señora del Carmen, en Madrid. También, el Instituto Nacional de Maternología y Puericultura, creado por Real Decreto de 17 de abril de 1910. Los establecimientos provinciales pretendían aliviar a la «humanidad doliente y menesterosa», con los Hospitales y las Casas de Maternidad. Los municipales se dedicaban a atender enfermedades accidentales— recordemos las Casas de Socorro— y de derivación de los indigentes hacia los establecimientos generales. Todo ello, a veces con el respaldo de centros de acción benefactora de personas privadas y también de la Iglesia, respondía a lo que se denomina acción graciable. Se prestaba en favor de quien las diversas instituciones decidían, sin que cupiese posibilidad alguna de reclamación jurídica. Sencillamente, no existía derecho a la asistencia sanitaria.

La otra línea procede de la reacción generada por tres planteamientos ideológicos confluyentes. Por un lado, el krausista, con el precedente del movimiento denominado de los Amigos de los Pobres —enfrentado a las Conferencias de San Vicente Paul—, planteando la necesidad de una acción social muy amplia, sobre todo por parte de Gumersindo de Azcárate. Por otro, los católicos, en lo

que se denominará Doctrina Social de la Iglesia, tras la publicación en 1891 de la encíclica *Rerum Novarum*. En tercer lugar estaban los conservadores canovistas, admiradores de la realidad política creada por Bismarck en Alemania, dentro de la cual, como consecuencia de la colaboración de la *Verein für Sozialpolitik*, habían aparecido los seguros sociales obligatorios derivados del famoso Mensaje Imperial de 17 de noviembre de 1881, leído, debido a enfermedad del Emperador, por el propio Bismarck, y glosado con rapidez en España por Cánovas del Castillo. El primero de estos seguros alemanes, por la Ley de 13 de junio de 1883, fue precisamente el seguro obligatorio de enfermedad para los trabajadores de la industria, que dos años más tarde se amplió a los del comercio y la agricultura, y por Ley de 10 de abril de 1892, a todos los asalariados.

Estas tres corrientes del pensamiento confluyeron en España en la Comisión de Reformas Sociales, creada por Real Decreto de Moret de 5 de diciembre de 1883 en el Ministerio de la Gobernación, que con Maura dará paso al Instituto de Reformas Sociales, de donde surgirá, en 1920 con Dato, el Ministerio de Trabajo.

De ahí es de donde surge el primer planteamiento de «derecho a la asistencia sanitaria», con la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900. Los patronos tenían la obligación de atender, entre otras cosas, las necesidades médicas del obrero accidentado, pero podían concertar un seguro con entidades mutuas o con empresas de seguros, entre las aceptadas legalmente. Después ya vendría el aseguramiento obligatorio, la ampliación de los asegurados y la aparición de la estatal Caja Nacional de Accidentes de Trabajo en el seno del Instituto Nacional de Previsión. También aquí existía un de-

recho a la asistencia médico-farmacéutica del accidentado.

La segunda realidad sanitaria ligada al aseguramiento social fue el Seguro de Maternidad, creado en principio por Decreto de 21 de agosto de 1923, aunque hubo de esperar para poder desarrollarse al Real Decreto-Ley de 22 de marzo de 1929, hecho realidad a partir del 1 de octubre de 1931. Se financiaba con aportaciones obligatorias del Estado, las Diputaciones y los Ayuntamientos, de las aseguradoras y de los patronos.

La tercera de estas realidades en el ámbito de los seguros obligatorios fue el seguro de enfermedades profesionales de 8 de abril de 1932, que las homologaba a los accidentes de trabajo. Al ser plenamente estructurado por la Ley de Bases de Enfermedades Profesionales de 13 de julio de 1936, no pudo tener un adecuado desarrollo. Dentro de su ámbito existían veintidós enfermedades profesionales que se relacionaban con cuarenta sectores de la Industria.

Esta línea culminó con la Ley de 14 de diciembre de 1942 que creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que estableció un régimen de *«protección frente a las situaciones de enfermedad que puedan presentarse a los trabajadores asegurados y a los familiares a su cargo»*. El nuevo régimen ofrecía a sus asegurados asistencia sanitaria por enfermedad, incluyéndose también la asistencia por maternidad, pero no las prestaciones derivadas de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales reguladas por la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900.

La asistencia sanitaria del SOE incluía únicamente atenciones hospitalarias quirúrgicas y obstétricas, pero no médicas. Tampoco cubría la asistencia psiquiátrica,

siendo gratuita la farmacia. Posteriormente se incorporaría la asistencia médica.

El SOE se basaba en el aseguramiento obligatorio de los «productores» y se sostenía mediante un régimen de primas que trabajadores y empleadores debían abonar a partes iguales y en proporción al salario abonado. Además, se contaba con pequeñas aportaciones del Estado.

Este Seguro Obligatorio amparaba solamente a los trabajadores por cuenta ajena «económicamente débiles» que fueran mayores de 14 años. En 1953 su protección alcanzaba únicamente al 30% de la población.

Sin perjuicio de concertar servicios hospitalarios con entidades públicas y privadas, el SOE procedió a crear una red asistencial propia, servida también por personal propio.

Esta opción determinó el total descarte del sistema de reembolso de los gastos médicos, característico del mutualismo europeo tradicional —generalizado en Francia, Bélgica y Alemania— que aceptaba el ejercicio profesional libre de la medicina asumiendo el reintegro de los gastos de la asistencia prestada por los hospitales y los médicos privados.

De esa primera opción organizativa derivan buena parte de las diferencias que existen entre nuestro sistema sanitario y los sistemas europeos de base mutualista o aseguradora, cuyas estructuras y funcionamiento hoy resultan de difícil comparación con las españolas.

En el ámbito hospitalario formaban la red asistencial del Seguro las llamadas Residencias Sanitarias. Por su parte, la red de ambulatorios y consultorios integraban consultas de medicina general, así como de especialidades médicas y quirúrgicas de facultativos pertenecientes a la plantilla del SOE retribuidos mediante «cupos».

La clase media, trabajadores por cuenta propia y ajena no económicamente débiles (labradores, artesanos, profesionales, comerciantes, funcionarios, etc.), y en general quienes no pudieran integrarse dentro del colectivo de los indigentes y de los asegurados, eran atendidos por la sanidad privada.

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 consolidó la separación entre las atenciones sanitarias asistenciales y las preventivas o de salud pública. Así, la Administración Sanitaria del Estado quedó encargada en exclusiva de las funciones de higiene y de salud pública, de la información e investigación epidemiológica y también de las atenciones sanitarias contra las enfermedades infecto-contagiosas, y sus servicios siguieron un camino paralelo respecto a los del SOE, con los que conectaban escasamente, manteniendo similar relación de alejamiento respecto de los servicios de la Beneficencia Pública, radicados principalmente en el ámbito competencial provincial.

Los cambios económicos y sociales que se sucedieron entre 1958 y 1965 implicaron un rápido crecimiento de la población asegurada, lo que a su vez determinó modificaciones organizativas importantes en la estructura sanitaria del SOE.

La bonanza económica subsiguiente al Plan de Estabilización se plasmó en la Ley de 28 de diciembre de 1963, de Bases de la Seguridad Social (LSS), que reformó substancialmente el Sistema de Seguridad Social, sustituyendo a la Ley de 1942.

En desarrollo de la nueva LSS el régimen de prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y la organización de sus servicios asistenciales quedaron plasmados en el Decreto de 16 de noviembre de 1967 que configuró la asis-

tencia sanitaria como prestación de la Seguridad Social ante las contingencias de enfermedad común, accidente no laboral, maternidad, accidente laboral y enfermedad profesional ofrecida a trabajadores por cuenta ajena delimitados restrictivamente por un determinado nivel de renta.

La nueva LSS mantuvo la separación entre aseguramiento social y beneficencia existente desde 1942, así como la ausencia de cobertura sanitaria pública para las personas consideradas pudientes.

La mayor innovación sanitaria establecida por el Decreto de 16 de noviembre de 1967 consistió en el reconocimiento del derecho de los asegurados a la hospitalización médica, lo que provocó la transformación de las instalaciones de la Seguridad Social, que pasaron a ser hospitales generales en lugar de centros meramente quirúrgicos.

Además, en la red hospitalaria propia de la SS se produjo la jerarquización de los servicios médicos y quirúrgicos, con lo que quedó separada y diferenciada la asistencia prestada en estos centros respecto de la medicina y de la cirugía llamada «de cupo».

Más adelante, la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social de 1972 eliminó los topes máximos salariales como requisito para acceder a las prestaciones sanitarias de la SS. A partir de su promulgación todos los trabajadores por cuenta ajena tuvieron acceso a la acción protectora de la Seguridad Social con independencia de sus niveles retributivos. Además, entre 1975 y 1978 se crearon los regímenes de protección social y sanitaria de los funcionarios del Estado (MUFACE, ISFAS y MUGEJU).

En 1970, la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social había llegado al 63,87% de la población (21 millones de personas). En 1978 alcanzaría ya al 81,76% (30 millones). Si a esas cifras se añaden las correspondientes a los regímenes de protección sanitaria de los funcionarios, los porcentajes se situaban aproximadamente en el 90% de la población española.

En paralelo a esa extensión de la cobertura sanitaria pública, se produjo un notable decrecimiento del número de personas protegidas por la beneficencia provincial y municipal. Por otro lado, tras la creación de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), por el Decreto-Ley 13/1972, de 29 de diciembre, sus establecimientos asistenciales quedaron limitados a una función subsidiaria respecto de los centros de la Seguridad Social, centrándose básicamente en las patologías crónicas.

Las características del sistema sanitario público existente en el momento final del gobierno de Franco derivaban de su falta de coordinación y de homogeneidad, con enormes diferencias de formación, de cualificación y de organización del trabajo entre los distintos subsistemas sanitarios, con notoria ventaja para el de la Seguridad Social. Por otro lado, era manifiesta ya la difícil sostenibilidad financiera de las instituciones sanitarias dependientes de las Corporaciones Locales y las fundaciones benéficas.

A lo largo de los años de la transición (1975-1982), el carácter relativamente «normal» del régimen laboral imperante en los hospitales de la Seguridad Social, su nuevo sistema de organización hospitalaria (que entonces resultaba modélico) y la progresiva implantación en el mismo del sistema de formación MIR, hicieron que el modelo de

nal de ese concepto vino dada por la sentencia del Tribunal Constitucional 32/1983, de 28 de abril, la cual estableció que dicha competencia se atribuye por la Constitución al Estado con la finalidad de que *«tales bases tengan una regulación normativa uniforme y vigencia en todo el territorio nacional»* de forma que permitan aglutinar un modelo sanitario único en toda España que garantice la igualdad efectiva de los españoles en este terreno, en cuyo marco deben de ejercitarse las competencias que las Comunidades ostentan en materia sanitaria.

Por otro lado, el artículo 149.1.16.^a de la Constitución que encomienda al Estado la «Coordinación general de la sanidad», también ha sido precisado por la Sentencia TC 32/1983 como la *«fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades estatales y autonómicas en el ejercicio de las respectivas competencias, de modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario»*.

En términos constitucionales, coordinar la sanidad implica, pues, realizar la *«integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir impedirían o dificultarían la realidad misma del sistema»*, algo que exige que quien ostenta esa competencia posea información suficiente sobre todo el sistema sanitario, e igualmente que se produzca la coparticipación del Estado con las Comunidades Autónomas en la formulación de los objetivos que las diferentes partes del sistema quieran alcanzar.

Además de esas competencias, la Constitución atribuye al Estado, con carácter exclusivo, la Alta Inspección so-

nitario ha resultado muy poco operativa, habiéndose creado un mundo sanitario notoriamente opaco y hermético en su información estadística, en el que resulta difícil hacer comparaciones rigurosas y citar datos incontestables, válidos para todo el Sistema Nacional de Salud.

Aun con esas deficiencias, los actuales datos de mortalidad, esperanza de vida, calidad de la asistencia, eficiencia, equidad, así como el elevado grado de satisfacción que suscita, sitúan al Sistema Nacional de Salud español entre los mejores de Europa.

2. Situación post-Constitución y previa a las transferencias a las Autonomías

2.1 Informe Abril

La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, conocida como Informe Abril, se origina en la Proposición No de Ley presentada por el grupo CDS y aprobada por el Pleno del Congreso de los Diputados el 13 de febrero de 1990.

A la Comisión se le encargó analizar la estructura, organización y funcionamiento del SNS en relación con la equidad, la calidad y la eficiencia; considerar el impacto sobre el mismo de los previsibles escenarios económicos y sociales del próximo futuro; y proponer medidas de mejora.

Los criterios básicos del trabajo de la Comisión fueron los siguientes: absoluta independencia de pensamiento y de acción; consenso de todos los miembros en metodología de trabajo y recomendaciones; y participación de to-

das las opiniones con alguna significación en la sanidad española.

El trabajo de la Comisión fue estructurado en nueve subcomisiones, cada una dedicada a estudiar un aspecto fundamental del SNS. Se solicitó opinión a más de 101 entidades y organismos públicos y privados. Se celebraron reuniones de trabajo con los consejeros de salud de todas las Comunidades Autónomas. Se pidieron dictámenes a asesores nacionales y extranjeros (entre ellos, Sir Roy Griffiths, del Reino Unido; Peter B. Boorsma, de Holanda; y Claes Orthendahl, de Suecia), incluyendo viajes (Cambridge, Falun, Bonn, etc.). Finalmente, se publicaron en su integridad de todos los informes y dictámenes.

En las conclusiones, se consideraron en el «haber» del Sistema Nacional de Salud la universalización, la equidad, la calidad medico-hospitalaria, la formación de especialistas, el progreso de la investigación y el cómodo servicio farmacéutico.

Fueron valoradas también como deficiencias la indeterminación presupuestaria, la irresponsabilidad burocrática, la ineficiencia, la rigidez administrativa, los incentivos perversos, la desinformación, la insatisfacción del usuario, el desánimo del personal sanitario, la centralización y la politización.

El «Informe Abril» presenta 64 recomendaciones para configurar un sistema de financiación pública equitativa y «percibida» con organización descentralizada, transparente y competitiva, y gestión autónoma y responsable, que incluyen medidas estructurales en organización, presupuestación (o financiación), gestión y atención socio-sanitaria.

En definitiva, el propósito del Informe Abril fue incidir en la equidad y la solidaridad como médula del Sistema

Nacional de Salud; estimular la eficiencia en el uso de los recursos; promover la conciencia de coste en personal sanitario y usuarios; dotar de autonomía y flexibilidad en la gestión de los centros asistenciales con responsabilidad personal de los gestores y motivación y participación en la gestión del personal sanitario en la búsqueda de mayor calidad de servicio y satisfacción del usuario. En cualquier caso, sus recomendaciones no fueron aplicadas por el gobierno de España, aunque algunas de sus propuestas sí fueron recogidas por distintas Comunidades Autónomas de diverso signo político.

2.2. *Informe Romay*

El 18 de diciembre de 1997 el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó el dictamen que pedía *avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso*.

El presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso y presidente también de la Subcomisión que elaboró el dictamen a lo largo de 18 meses de trabajo, subrayó la trascendencia de este acuerdo para la sanidad española. Su aplicación reforzaría algunos de los elementos fundamentales del sistema sanitario que deben ser considerados temas de Estado: universalización de la asistencia; financiación pública mayoritaria y suficiente, garantía de prestaciones completas y de calidad, y modelo autonómico coherente con la configuración política del país.

El acuerdo no fue unánime. Fue aprobado por 170 votos (PP, CIU, PNV y Coalición Canaria) frente a 134 (PSOE, IU, Nueva Izquierda).

En relación con el modelo autonómico ha de resaltarse un aspecto importante: el apoyo de los partidos nacionalistas a unas recomendaciones que, al mismo tiempo, reclamaban por una parte completar el proceso de transferencias, y por otra reforzar los mecanismos de coordinación y los acuerdos en temas básicos como catálogo de prestaciones, estatuto marco para el personal, esquemas comunes de organización y gestión, tarjeta sanitaria compatible, evaluación de tecnologías, coordinación normativa, competencias del Consejo Interterritorial, etc. La aplicación de estas recomendaciones ayudaría a vertebrar y mantener un Sistema Nacional de Salud aceptablemente homogéneo y evitar la emergencia de 17 Sistemas diferentes.

La aprobación de este dictamen tiene gran importancia. Supone políticamente la aceptación por el Partido Popular del modelo que se desprende de la Ley General de Sanidad de 1986, así como una coincidencia de fondo con las políticas llevadas a cabo en los once años anteriores por Gobiernos de otro signo político, con lo que viene a despejarse definitivamente la posibilidad de que la alternancia en la gobernación de socialistas y conservadores conllevara modificaciones sustanciales o de modelo en el Sistema Sanitario. Es, pues, un dictamen que supone la consolidación del Sistema.

Algunos capítulos del Dictamen, muy debatidos en la Subcomisión y de gran importancia, merecen un comentario particular.

Uno de los temas clave fue la financiación del Sistema. En el Dictamen se expresa que el presupuesto sanitario

ha de experimentar un incremento en términos de su participación en el PIB nominal. Respecto a la distribución presupuestaria, se mantiene como regla el criterio de capitación, perfeccionado con otros aspectos tales como la estructura demográfica, los desplazamientos de la población, la insularidad, la dispersión geográfica o la docencia.

Respecto a las fórmulas de gestión, y a la vista de la experiencia internacional, ha de tenerse muy presente que siendo el marco financiero del sistema muy estrecho, un aumento de los gastos de gestión puede derivar en un deterioro de la calidad de la asistencia, una limitación de prestaciones o una disminución de cobertura directa o indirecta.

El diseño financiero propuesto corrige el defecto de acuerdo anterior (1994-1997) y situaba el gasto sanitario público para el siguiente cuatrienio en torno al 6,2-6,3% del PIB.

Otro debate pormenorizado se desarrolló acerca de la fuente de financiación del incremento del gasto sanitario. Se discutió con detalle y sobre la bibliografía existente la ampliación del copago en medicamentos o su aplicación en otras prestaciones sanitarias, llegándose a descartar tanto el copago como los impuestos especiales. Está suficientemente demostrado que el tique moderador asistencial permite recaudar algo de dinero —no mucho—, pero a costa de la equidad, ya que penaliza a los más enfermos y a los menos pudientes.

Se adoptó la decisión de mantener la financiación sanitaria en el marco general de los servicios públicos. Es desde el conjunto de impuestos recaudados por el Estado desde donde se financia el conjunto de la sanidad pública.

2.3. *Ley de Cohesión y Calidad*

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCyCSNS) viene a consolidar la estructura sanitaria diseñada en la legislación previa, intentando ofrecer respuestas a los problemas que se consideraban especialmente delicados en aquel momento.

En ese sentido es adecuado recoger unos párrafos de su exposición de motivos:

El título VIII del texto constitucional diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que enfatizaba la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Asimismo, la Ley pretendió consolidar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la

Administración General del Estado, habida cuenta de la experiencia previa.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad.

La asunción de competencias por las Comunidades Autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle así garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación. La experiencia y la práctica de las relaciones entre el Estado y las Comunidades Autónomas desde 1986, año en que se aprueba la Ley General de Sanidad, ha sido un elemento dinamizador y, en muchos aspectos, un referente para el desarrollo de la cohesión en el Estado Autónomo. Y es precisamente esta experiencia, muy valorada por nuestros ciudadanos e internacionalmente, la que posibilita no sólo realizar un buen diagnóstico sobre sus virtudes y carencias, sino también estar en condiciones de abordar sectorialmente el necesario perfeccionamiento de las relaciones, de manera que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta dicho Estado autónomo.

Paralelamente, transcurridos más de dieciséis años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Y se plantean nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, como son la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la

implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basada en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria. Retos todos ellos que han puesto de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las Comunidades Autónomas para complementar algunos elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, de manera que pueda adaptarse a la modernización que el entorno exige.

Por todo ello, la presente Ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud:

a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.

b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen. Calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.

c) Y, por último, participación ciudadana, desde el respeto a la autonomía de las decisiones individuales y a

la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario.

La experiencia de la coordinación sanitaria desde la aprobación de la Ley General de Sanidad hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo que, aprovechando lo mejor del pasado, ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva, independientemente del lugar de residencia. Se pretende por tanto que la atención al ciudadano por parte de los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes en todo el Estado, sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial a las propias transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.

