

## 2.10 El Sistema Nacional de Salud español: génesis histórica y evolución



Una interpretación del origen del actual sistema sanitario español, su constitución formal mediante la Ley General de Sanidad (LGS), y su evolución posterior hasta alcanzar la situación actual, en la que su sostenibilidad organizativa y financiera están puestas en cuestión<sup>1,2</sup>

**Autor: Javier Rey del Castillo**

*Médico Inspector*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Rey del Castillo, J. El Sistema Nacional de Salud español: génesis histórica y evolución [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 2.10. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



### **Resumen:**

El origen formal del SNS es la LGS, 14/1986. Se describen las condiciones generales que rodearon su creación en aquel momento, diferentes y de sentido contrario a las que rodearon la creación de los servicios públicos de salud en la mayoría de los países desarrollados en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial. Otra característica diferencial respecto a esos otros países fue la existencia previa de un sistema sanitario desarrollado por el sistema de Seguridad Social, que cuando se creó el SNS cubría a más del 80% de la población.

La promulgación de la LGS no supuso ningún cambio real en sus relaciones con el sistema sanitario para la mayoría de la población. Por otra parte el texto legal no estableció bases sólidas para la

constitución del SNS como un Servicio Nacional de Salud de gestión descentralizada.

## *1. Las peculiaridades del origen del SNS*

### *1.1. Condiciones generales*

### *1.2. La situación de la protección sanitaria en España antes de la constitución del SNS.*

### *1.3. La distribución del gasto sanitario antes de la constitución del SNS.*

## *2. La LGS 14/1986, un instrumento ineficaz para asentar solidamente las bases del SNS.*

### *2.1. Las condiciones del desarrollo de la LGS.*

### *2.2. Las insuficiencias de la LGS como base organizativa y estructural del SNS.*

## *3. Las limitaciones estructurales del desarrollo posterior a la LGS.*

### *3.1. Aspectos organizativos y normativos.*

### *3.2. La convergencia entre partidos en las políticas relacionadas con el SNS.*

### *3.3. La situación actual del SNS.*

## *Anexo: Las políticas corporativas en relación con las profesiones sanitarias*

## *Referencias bibliográficas*

El desarrollo posterior a la LGS en cuanto a condiciones de cobertura sanitaria, organización por niveles de atención y gestión de los servicios, descentralización, financiación, relación con los proveedores y políticas de personal, ha adolecido igualmente de graves defectos, que ponen en cuestión la sostenibilidad estructural y financiera del SNS.

La coincidencia en las posiciones fundamentales respecto al sistema sanitario de los partidos mayoritarios, patente en los desarrollos legislativos y las propuestas de reforma más importantes desde hace quince años, constituye una hipoteca añadida para garantizar la sostenibilidad del SNS como base de una protección sanitaria universal e igualitaria. La mayor amenaza actual para ésta es la creciente penetración de las compañías aseguradoras y las cadenas de hospitales privados, bajo fórmulas diversas, en la gestión del SNS.

## 1. Las peculiaridades del origen del sistema sanitario español

Si se acepta como fecha de nacimiento del actual sistema sanitario español la aprobación de la Ley 14/1986, General de Sanidad, que tuvo lugar en ese año, hay dos clases de circunstancias diferenciales de esa creación que merecen la pena destacarse:

### 1.1. Condiciones generales.

Los primeros servicios públicos sanitarios se crearon en un período concreto en el tiempo, el posterior a la crisis económica de 1929 y la Segunda Guerra Mundial, a la vez y en el contexto de la constitución del llamado "Estado de Bienestar" en los mismos países, un concepto que incluye no sólo la protección sanitaria, sino también los sistemas de pensiones, los servicios sociales, e incluso, en sus acepciones más amplias (el llamado modelo "Beveridge"), la enseñanza hasta sus niveles medios y la vivienda.

Los países en los que inicialmente se produjo la constitución de servicios públicos sanitarios con el fin proporcionar una atención sanitaria igualitaria para toda la población fueron principalmente países europeos y otros desarrollados del área "occidental", todos los cuales habían participado en un grado mayor o menor en el conflicto bélico señalado. Las condiciones que en esos tiempos y lugares determinaron la constitución de esos servicios fueron de diferente naturaleza:

- En primer lugar, la situación política y económica general favorable a la constitución de sistemas universales de protección, con el desarrollo de una demanda agregada sobre bases keynesianas, y la utilización de las economías de escala aparejadas a ellas.

- En segundo lugar, el clima solidario peculiar "extraordinario" que existía en todos los países en los que se desarrollaron los servicios públicos y universales de salud tras la contienda indicada.

- El tercer elemento fue la existencia de bases fiscales adecuadas para el sostenimiento de los servicios públicos sanitarios, lo mismo que de las otras prestaciones y servicios mencionados.
  
- El cuarto aspecto a destacar es el desarrollo limitado de las tecnologías sanitarias, incluyendo entre ellas los productos farmacéuticos. Frente a lo ocurrido después como consecuencia del desarrollo tecnológico, el factor de coste y gasto sanitario más importante en aquel momento eran los servicios profesionales de los médicos.
  
- El último dato comparativo propio de aquel momento es precisamente la peculiar situación de desarrollo de la profesión médica en los países en los que se constituyeron los servicios públicos de salud, que se acompañaba de un amplio prestigio social del desempeño de la profesión y de una organización corporativa consolidada de la representación de ésta en defensa de su propio status social y económico. Lo que convirtió a estos grupos corporativos, y a la profesión a la que representaban, en el principal obstáculo inicial para la constitución de servicios colectivos, que eran vistos como una amenaza para el ejercicio "liberal" de la profesión, concebido por entonces como el único acorde con la esencia misma de ésta.

En 1986, fecha de constitución del sistema sanitario español, se habían modificado con carácter general muchas de esas condiciones. La mayor parte de ellas habían evolucionado en un sentido contrario y desfavorable a la constitución de servicios públicos de salud que pretendieran dar protección universal e igualitaria a la totalidad de las poblaciones respectivas.

En ese sentido se puede decir que la creación del sistema sanitario español con la aspiración de alcanzar las pretensiones universales e igualitarias citadas en el momento en el que fue creado fue un desarrollo hecho a contracorriente de lo que ocurría en otros países, cuando los que disponían de esa clase de servicios se estaban ya planteando las adaptaciones de distinto carácter más adecuadas para responder a las nuevas condiciones en las que debían moverse los servicios públicos de salud.

## 1.2. La situación de la protección sanitaria antes de la constitución del Sistema Nacional de Salud (SNS)

*A diferencia de lo que había ocurrido en otros países antes de disponer de un sistema sanitario universal, en España sí existía un sistema sanitario de carácter casi universal y con tendencia a extenderse, que era el sistema sanitario de la Seguridad Social.*

El segundo grupo de circunstancias, en este caso de carácter específico, que son importantes de destacar en la creación del SNS español son las condiciones de la protección sanitaria en España antes de la creación del sistema sanitario español en la Ley General de Sanidad<sup>3</sup>.

A diferencia de lo que había ocurrido en otros países antes de disponer de un sistema sanitario universal, en España sí existía un sistema sanitario de carácter casi universal y con tendencia a extenderse, que era el sistema sanitario de la Seguridad Social. Creado inicialmente en 1943 como un sistema limitado a la atención básica de los trabajadores de bajo nivel de renta, fue evolucionando desde finales de los años 60 del siglo anterior para constituir la principal red de atención hospitalaria, la más moderna y la de mayor calidad en su prestación existente en el momento del cambio político hacia la democracia.

Esas condiciones eran en todo caso compatibles con un cierto desequilibrio en su desarrollo: ante la imposibilidad económica de desarrollar el sistema de manera simultánea en todas partes, en especial la red hospitalaria, ésta se fue extendiendo de manera progresiva a la casi totalidad del territorio; una situación que se alcanzó, con algunas limitaciones, en los últimos años previos a la democracia. La única excepción en una situación que convirtió la red hospitalaria de la Seguridad Social en la principal proveedora de asistencia hospitalaria en toda España fue Cataluña. Allí, la existencia de una red de hospitales propiedad de corporaciones locales, entidades sin ánimo de lucro de diferente naturaleza y compañías privadas de seguro propietarias de algunos centros, propició el desarrollo de un modelo distinto, en el que la atención de la población cubierta por la Seguridad Social se extendió en buena parte a expensas de un sistema de conciertos con los centros ya existentes.

Del desarrollo general, y sobre todo hospitalario, del sistema de la Seguridad Social quedó en buena parte excluida la red de consultorios y ambulatorios de medicina general y especialistas "de cupo", que, por el contrario, se enquistó como un modelo de desarrollo limitado y escasamente prestigiado por las condiciones

de trabajo de los profesionales de ese nivel de atención.

Con todo, la expansión progresiva de ese sistema había alcanzado ya en el momento de la transición a la democracia a más del 80% de la población española entre titulares del derecho a la protección sanitaria y beneficiarios, lo que puede observarse en la tabla y el gráfico siguientes

Tabla 1. Evolución de la Población con Derecho a Protección Sanitaria de la Seguridad Social 1967-1978.

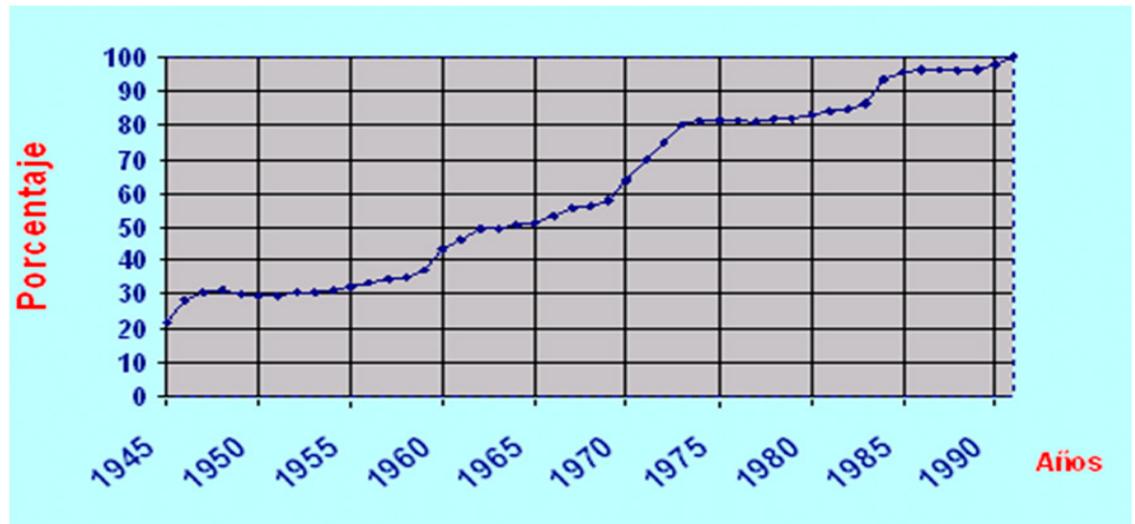
<b>POBLACIÓN PROTEGIDA 1967-78</b>			
<b>Año</b>	<b>Población protegida</b>	<b>% Incremento</b>	<b>% Población protegida</b>
1967	18.200.000		55.54
1968	18.600.000	2,2	56.14
1969	19.393.000	4,26	57.91
1970	21.371.669	10,2	63.78
1971	23.952.000	12,07	70.01
1972	25.739.000	7,46	74.48
1973	28.019.781	8,86	80.27
1974	28.732.000	2,54	81.50
1975	28.989.823	0,9	81.41
1976	29.151.000	0,56	81.05
1977	29.355.000	0,7	80.80
1978	30.000.000	2,2	81,76

Fuente: elaboración propia a partir de Memorias de I.N.P. e INSALUD (Freire JM, 1993)

Existían también otros sistemas específicos de cobertura sanitaria, como las empresas constituidas en "entidades colaboradoras" de la Seguridad Social en la asistencia sanitaria por disponer de una red sanitaria propia o creada al efecto, a cambio de la reducción de sus cotizaciones a la propia Seguridad Social (un sistema al que se adscribieron principalmente las que entonces eran las empresas públicas más importantes, como Telefónica o RTVE, grandes bancos y también distintas Diputaciones provinciales). Distintos colegios profesionales (abogados,

arquitectos) o las Asociaciones de la Prensa firmaron a su vez convenios con la Seguridad Social para sustituir las cotizaciones de esos profesionales por la prestación de servicios a través de redes propias de asistencia creadas para ello o concertadas con entidades y profesionales privados.

Gráfico 1. Evolución de la Cobertura Sanitaria de la Seguridad Social en Términos de Porcentaje de Población 1945-1991.



Fuente: Freire JM (1983)

La constitución formal del Sistema Nacional de Salud no supuso un cambio inmediato (y, como se describe más adelante, tampoco más tardío) en las relaciones de ningún ciudadano español con los sistemas de protección sanitaria, y con las instituciones concretas a las que venía accediendo en función de esa protección, puesto que esos sistemas diferentes sobrevivieron a la constitución del Sistema. Lo que tuvo el efecto indudable de desdibujar ante todos los ciudadanos el hecho mismo de la creación del SNS, que en la práctica no supuso ningún cambio real en el sistema de protección sanitaria de ningún ciudadano español.

De otro lado, la disponibilidad por parte de la mayoría de la población de lo que era la mejor red de atención hospitalaria existente, fue probablemente la base de un sentimiento general de satisfacción con la atención recibida, que evitaba cualquier comparación con la obtenida por parte de otros grupos "especiales" de población, sin que éstos se convirtieran en aquel momento (y probablemente tampoco ahora) en referencia para posibles reivindicaciones de igualdad en los mecanismos y formas de protección. Una situación contraria a la de la población cubierta

por esos sistemas especiales de cobertura sanitaria, de la que formaban parte sectores como los descritos, con gran capacidad de influencia específica en la defensa de lo que consideran sus intereses privilegiados; lo que ha derivado de manera manifiesta en que esos grupos se hayan convertido en focos activos de resistencia (con el apoyo de los sectores profesionales y las compañías privadas implicadas en esa clase de prestación) a cualquier mecanismo que se pudiera plantear para lograr la homologación de los mecanismos de protección sanitaria para toda la población.

### **1.3. La distribución del gasto sanitario antes de la constitución del SNS**

Un último aspecto a destacar es la importancia desproporcionada del gasto farmacéutico respecto del sanitario de la Seguridad Social, que constituía ya desde mucho antes del período de transición a la democracia el principal problema económico de ese sistema. La mejor expresión de la importancia previa de esas partidas es que la prestación farmacéutica, y algunos medios para controlar el gasto en ellas, fueron en la práctica las únicas cuestiones sanitarias incluidas de manera expresa en los Pactos de la Moncloa (acuerdos firmados en 1977 entre partidos políticos y sindicatos para afrontar la grave crisis económica en que se encontraba sumido el país de manera simultánea al cambio político que supuso la transición a la democracia).

El aumento exponencial de esa parte del gasto fue el resultado de los cambios introducidos algunos años antes en la prestación farmacéutica en el ámbito de la Seguridad Social, que a mediados de los años sesenta pasó a sustituir el sistema de "petitorio" (lista positiva de medicamentos que se financiaban previamente por el sistema de la Seguridad Social) por las reglas establecidas en el Decreto 908/1966, por el que se aprobó el texto articulado de la Ley 193/1963, sobre bases de la Seguridad Social. Entre esas nuevas reglas se estableció la dispensación de los medicamentos para los beneficiarios de la Seguridad Social a través de las oficinas de farmacia, y la relación con éstas y con la industria farmacéutica a través de un sistema de conciertos o pactos que les garantizaban determinados niveles de beneficios. Una regulación que, con escasas variaciones, se ha ido manteniendo a lo largo del tiempo, con un efecto indudable sobre el mantenimiento de la elevada proporción del gasto farmacéutico sobre el gasto

*El gasto farmacéutico respecto del sanitario de la Seguridad Social constituía ya desde mucho antes del período de transición a la democracia el principal problema económico de ese sistema.*

*De tres elementos del sistema sanitario de la SS existente que debían modificarse para convertirlo en un SNS, dos de ellos (la ausencia de bases fiscales adecuadas y de una demanda significativa en ese sentido por parte de la población) podían ofrecer resistencias importantes a que se pudiera producir ese cambio, y sólo uno, que el sistema sanitario de la Seguridad Social dispusiera de una red asistencial propia, ofrecía una oportunidad razonable de que se pudiera alcanzar esa transformación*

sanitario total que sigue caracterizando la situación del sistema sanitario español actual si se compara la misma con el porcentaje del gasto en productos farmacéuticos que se da en otros países de similar desarrollo social y económico.

## **2 La Ley 14/1986, General de Sanidad (LGS), un instrumento ineficaz para asentar solidamente las bases del SNS.**

### **2.1. Las condiciones del desarrollo de la LGS**

Como he descrito en el apartado anterior, cuando el PSOE accedió al Gobierno en 1982 un amplio porcentaje de la población española disponía ya de unas u otras formas de protección sanitaria mediante mecanismos propios de los sistemas sanitarios llamados "de Seguridad Social".

Pasar formalmente de un modelo "de Seguridad Social" a otro equivalente en sus características a los Servicios Nacionales de Salud), de los que el modelo más destacado era el NHS inglés, como hizo teóricamente la LGS, implicaba homologar las condiciones del nuevo sistema sanitario español a las de los servicios nacionales de salud existentes en otros países en cuanto a su organización, financiación y definición de la cobertura sanitaria.

De esas condiciones, el desarrollo por el sistema de Seguridad Social español de una red asistencial propia, que se había convertido en la más importante en la mayor parte del territorio español y, vía los conciertos con otras instituciones que completaban la red donde ésta no disponía de medios propios suficientes, en el soporte financiero fundamental de los centros de otra propiedad, suponía una base facilitadora objetiva para el paso de uno a otro sistema de organización sanitaria.

Por el contrario, pasar de una financiación contributiva a otra establecida sobre bases fiscales universales cuando el desarrollo de un sistema impositivo eficaz en sus niveles más básicos fue una de las principales tareas que tuvo que abordar el nuevo régimen democrático en nuestro país, era todavía, en el momento en que

se aprobó la LGS, una tarea inabordable de manera inmediata. Si a ello se le añade que no existía en aquel momento una demanda significativa para cambiar los sistemas de protección sanitaria que incluían a una mayoría muy sustancial de la población, eso quiere decir que, de tres elementos del sistema sanitario existente que debían modificarse para convertirlo en un SNS, dos de ellos podían ofrecer resistencias importantes a que se pudiera producir ese cambio, y sólo uno, el que el sistema sanitario de la Seguridad Social dispusiera de una red asistencial propia, ofrecía una oportunidad razonable de que se pudiera alcanzar esa transformación.

Las razones para que, una vez el Partido Socialista accedió al Gobierno de la nación en 1982, se planteara el desarrollo de una Ley que transformara el sistema sanitario existente en el sentido indicado, sin que ese cambio fuera demandado de manera significativa por la mayoría de la población, pueden buscarse en el apoyo del que gozaba en aquel momento el Partido Socialista entre algunos sectores sanitarios, principalmente entre los grupos de médicos más jóvenes, que habían vinculado las luchas por la consecución de un modelo de formación especializada moderno (el sistema MIR, todavía vigente, responsable en buena parte del salto en términos de calidad de la atención sanitaria que se produjo en aquellos años) con la lucha por la democracia. Las expectativas de este grupo limitado, que tenía como modelo de organización sanitaria el NHS inglés, no podían ser defraudadas; pero a la vez, las condiciones económicas del momento impedían que se pudiera producir cualquier cambio que pudiera significar un incremento significativo del gasto sanitario.

La resultante de esas fuerzas contradictorias fue el desarrollo de la LGS, como concesión a esos sectores, y sobre todo para evitar la pérdida de popularidad que habría conllevado una renuncia expresa a esas expectativas, en el contexto y de manera simultánea con la aplicación de una política muy restrictiva del gasto sanitario. Esta última, como puede observarse en el gráfico siguiente, en los mismos años en que se produjo el desarrollo de la Ley redujo de manera significativa el acercamiento del gasto sanitario español a los niveles promedio de gasto sanitario en los países europeos que disponían de sistemas universales de salud. Acercamiento que se había producido en los años previos a la instauración de la democracia en España, que se había mantenido a duras penas en los años inmediatamente anteriores a la en-

*La LGS se desarrolló en el contexto y de manera simultánea con la aplicación de una política muy restrictiva del gasto sanitario*

trada en el Gobierno del Partido Socialista y que sólo se recuperó en años posteriores a la LGS, una vez la situación económica del país mejoró.

En ese proceso, los sectores del Partido más "liberales" lograron excluir las políticas sanitarias de las prioridades de actuación. La misma aprobación de la LGS al final de la primera legislatura socialista, pocos meses antes de que se produjeran las elecciones siguientes, es una buena expresión de la escasa prioridad de las políticas sanitarias en la agenda de aquel primer gobierno del PSOE.

Gráfico 2. Evolución del porcentaje del gasto sanitario público en poder paritario de compra (PPC) en España respecto de la Comunidad Europea entre 1975 y 1991.



Fuente: Navarro, 1995

Otra de las expresiones más acabadas del escaso interés del Partido Socialista en abordar transformaciones sustanciales en el funcionamiento del sistema sanitario en aquel momento fue la negativa a abordar cambios en las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios, en especial de los médicos, en términos que primaran el rendimiento en el trabajo y la vinculación con el sistema público como bases para la mejora del funcionamiento de éste, en tanto esos cambios pudieran suponer un aumento del gasto.

En ese contexto, la elaboración de la ley que debía producir el cambio desde un sistema casi universal de Seguridad Social a un Servicio Nacional de Salud (de gestión descentralizada) estuvo sometida por una parte a todas las presiones contradictorias indicadas. A éstas, como consecuencia del largo plazo de elaboración de la Ley, que fue aprobada casi cuatro años después del acceso del PSOE al Gobierno, habría que añadir las de los sectores industriales y profesionales que se podían ver más afectados por la regulación, entre ellos la industria farmacéutica, y los colegios de farmacéuticos (los de médicos tuvieron menos influencia, pese a la importancia en sentido negativo que se quiso dar a su intervención). Y a unos y otros habría que añadir un elemento nuevo, las CCAA, que vinieron a sumar en aquel momento sus intereses a los grupos con intereses más destacados en el sector sanitario, como consecuencia de la descentralización de las responsabilidades sanitarias prevista de manera genérica en los artículos 43 y 44 de la Constitución (en este último como descentralización limitada de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social).

El resultado de esa combinación de insuficiencias programáticas por parte del Partido Socialista, que promovió (con todas las contradicciones señaladas) el desarrollo de la Ley, y los intereses contrapuestos de los distintos grupos señalados, fue una norma que adoleció desde su promulgación de graves insuficiencias como norma básica del Sistema Nacional de Salud.

---

## **2.2 Las insuficiencias de la LGS como base organizativa y estructural del SNS.**

---

Que la LGS es el elemento constitutivo básico del Sistema Nacional de Salud no es sólo una consideración legal derivada del carácter "básico" que la propia Ley establece para la mayoría de sus preceptos (una definición que supone que las normas autonómicas para la organización de sus servicios sanitarios por las CCAA se deben atener a las reglas generales establecidas en la propia Ley). Esa consideración supone además que la propia Ley debía contener un diseño suficientemente claro y preciso de cómo configurar los servicios sanitarios en el Estado español en sus aspectos esenciales, entre ellos la cobertura sanitaria en términos de población y prestaciones cubiertas, financiación y

organización de la provisión, gestión de los servicios por parte de sus distintos componentes, relación con los proveedores y entre niveles de atención, condiciones laborales y organizativas del personal sanitario, y otras cuestiones centrales del sistema. Todas ellas afectaban de manera principal a la eficacia, eficiencia y calidad de la atención proporcionada por un sistema que supuestamente se pretendió hacer universal a partir de la propia norma.

Una valoración general de la regulación de esos aspectos esenciales en el texto de la ley permite, sin embargo, estimar que la definición de muchas de esas cuestiones en la norma aprobada distó mucho de tener la suficiente claridad y precisión como para considerar que mediante ella se había establecido siquiera un horizonte definido de organización y funcionamiento del "nuevo" sistema sanitario como Servicio Nacional de Salud. Esa valoración es consecuencia de que la Ley, en dirección opuesta a lo que habría sido necesario si se hubiera deseado realmente producir un cambio del sistema sanitario existente en el sentido indicado, no precisó en su texto la mayoría de los aspectos señalados. Por el contrario, la norma se llenó de plazos transitorios para el desarrollo de determinadas cuestiones que tenían un horizonte final definido, y definió en otros casos sólo situaciones transitorias, sin aclarar el horizonte final al que debería dirigirse el sistema para completar su proceso de transformación.

### **a) La cobertura sanitaria universal**

Para hacer efectiva la protección sanitaria universal en condiciones de igualdad para toda la población, la Ley constituyó un régimen general de cobertura, basado en la prestación de servicios para la población con derecho a ella a través de las instituciones y centros de la antigua asistencia sanitaria de la Seguridad Social pertenecientes al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), al que se fueron agregando colectivos y centros diversos de otras redes de protección.

La previsión de un desarrollo no inmediato de este proceso quedó reflejada en numerosas disposiciones transitorias del propio texto legal en las que se prefiguraban mecanismos y plazos distintos para la integración de otros sistemas y redes de protección en el sistema común, plazos que resultaron ampliamente incumplidos.

Este incumplimiento ha sido especialmente característico en algunos terrenos, como el del mantenimiento, 25 años después de la aprobación del texto legal, de sistemas de protección sanitaria financiados públicamente específicos y diferentes para distintos grupos de funcionarios a través de distintas Mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), y de otros para otros colectivos profesionales (antiguas entidades colaboradoras de la Seguridad Social; periodistas; abogados ...), a los que he hecho referencia en el apartado anterior.

## **b) Los patrones organizativos del SNS.**

La organización del Sistema quedó establecida conforme a los patrones propios de un servicio nacional de salud, como un sistema integrado y planificado con diferentes niveles de atención, y una distribución territorial de los servicios por áreas y zonas de salud, de tamaño y extensión definidos por grupos de población, cuya descripción y organización ocupaban buena parte del texto legal.

De entre los niveles de atención, la primaria se concebía como puerta de entrada al Sistema y, en relación con ello, como instrumento esencial del control del incremento del gasto sanitario, ya entonces atribuido en buena parte al uso intensivo y creciente de las tecnologías sanitarias más novedosas sin mecanismos adecuados de control de su introducción y uso por el propio Sistema. Sin embargo, para desarrollar ese papel la Ley estableció como modelo un diseño que resultaba inédito ya entonces entre los propios de los países desarrollados, mediante "centros de salud" en los que se pretendía integrar en equipos de trabajo jerarquizados a los médicos de atención primaria de los antiguos ambulatorios con personal de otra titulación, fundamentalmente personal de enfermería, para desarrollar funciones integradas de atención, prevención y salud pública en el área de influencia.

Ese modelo en el primer nivel de atención fue el resultado de la traslación literal a la Ley del establecido en 1984, dos años antes de la propia ley, por el mismo Gobierno socialista, mediante un Real Decreto, llamado "de estructuras básicas de salud", cuyas grandes líneas no fueron, sin embargo, sometidas a discusión significativa posterior en la tramitación parlamentaria de la Ley. Por otra parte, en el diseño de esa norma previa se habían

conjugado de manera peculiar los principios establecidos para el desarrollo de la atención primaria en países en desarrollo por la conferencia de Alma Ata, organizada en 1978 por la Organización Mundial de la Salud, con los desarrollados por el gobierno anterior de la UCD para la creación como nueva especialidad médica de la Medicina Familiar y Comunitaria (cuyos inicios se vincularon a la medicina hospitalaria más sofisticada, en concreto a la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid), y con los que sustentaban algunos grupos de médicos afines al propio Partido Socialista, cuyo modelo se encontraba en los desarrollados en algunos países de socialismo real, pero de menor nivel de desarrollo económico que el español.

Lo más característico de ese diseño es que, pese a la amalgama de principios diferentes que estaban en su origen, su calendario de aplicación se dejó en la práctica a la iniciativa de las CCAA, sin prever tampoco incentivos ni mecanismos adecuados de adaptación ni mejora de la cualificación del personal que trabajaba en el ámbito de la atención primaria del Sistema de Seguridad Social, que, como he indicado más arriba, resultaba el más deficitario en términos de calidad de la atención. Esta ausencia de previsiones complementarias para reconvertir la atención primaria en auténtico "eje" y base del Sistema está probablemente en la raíz de los diferentes ritmos y grados de éxito alcanzados en y con la aplicación de esa parte del modelo sanitario definido en la LGS.

Por su parte, el nivel de la atención hospitalaria y especializada no mereció en la Ley más precisiones que la existencia de hospitales de distinto nivel de complejidad, reservando la existencia de uno de complejidad más alta como cabecera de las "áreas de salud", sin que la forma de gestión de los hospitales mereciese en la Ley mayor atención. Una actitud probablemente derivada de la propia concepción del Sistema como un servicio nacional de salud, entre cuyas condiciones para ser considerado como tal se incluía que el mismo debía sustentarse en centros de propiedad del propio Sistema, cuya forma de organización y gestión, sometida al derecho administrativo que regía su funcionamiento, no se puso en cuestión en el texto legal.

### **c) La organización territorial del SNS.**

La Ley General de Sanidad se promulgó en unas condiciones

peculiares y transitorias de organización del sistema sanitario preexistente, que tras la promulgación de la norma sufrió un profundo proceso de descentralización.

El proceso se había iniciado ya antes de la promulgación de la ley, con el traspaso del INSALUD a Cataluña cinco años antes, en 1991, y a Andalucía en 1994. Ambos procesos previos se realizaron sin modelo alguno y sólo como adaptación a las demandas de los gobiernos autonómicos respectivos. Este desarrollo peculiar permite afirmar que la ley se atuvo más a lo realizado en estos dos casos que exigió por parte de esas dos CCAA una adaptación *a posteriori* a un modelo establecido en la Ley.

Lo peculiar de la norma en este caso es que la Ley no previó condición ni diseño alguno de las características del nuevo sistema bajo bases descentralizadas, ni en cuanto a los límites del proceso descentralizador (la ley no fijó siquiera qué CCAA podrían o deberían asumir los traspasos en asistencia sanitaria, lo que quedó al criterio y la decisión, vía demanda de los traspasos correspondientes, por parte de cada una de las CCAA); ni en cuanto a los instrumentos de coordinación del Sistema una vez se hubieran llevado a cabo la totalidad de los traspasos en esta materia; ni tampoco en los plazos en los que debería llevarse a cabo, en su caso, un proceso que carecía no sólo de límites, sino también de horizonte definido para la descentralización.

#### **d) La financiación sanitaria.**

La misma indefinición de la Ley afectó al sistema de financiación sanitaria original, previsto sólo para la distribución de los fondos del antiguo INSALUD a aquellas CCAA, inicialmente sólo las constituidas al amparo del artículo 151 de la Constitución Española (las llamadas "históricas"), susceptibles estatutariamente de recibir los traspasos en materia de asistencia sanitaria de la SS.

#### **e) Las relaciones con los proveedores.**

En cuanto a la relación con los proveedores, la Ley no previó mecanismos de relación alternativos a los del concierto con las empresas y las oficinas de farmacia que se venían manteniendo previamente por los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

El mantenimiento del modelo se combinó con el desarrollo del proceso de descentralización, y pese a preverse en la Ley la creación de una central de compras del sistema sanitario en su conjunto, ésta no pasó de constituir una declaración de principios y nunca llegó a hacerse efectiva. Una dejación que llevó a la multiplicación y reducción del “poder de compra” (“spending power”) de los servicios autonómicos de salud, frente a la manifiesta tendencia a la concentración de las empresas farmacéuticas como respuesta a los problemas de desarrollo de la industria de ese sector.

Por otra parte, durante la larga elaboración del texto legal las presiones de los Colegios de farmacéuticos lograron excluir del mismo en sus versiones más avanzadas la posibilidad anunciada en los Pactos de la Moncloa, y contemplada en las primeras versiones de la Ley, de autorizar “*el despacho directo de productos farmacéuticos básicos en el recinto de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social a los beneficiarios de la misma*”. La exclusión de cualquier desarrollo efectivo de esa posibilidad consagró de hecho a las oficinas de farmacia como monopolizadoras de la dispensación de los medicamentos prescritos en régimen ambulatorio; y a los farmacéuticos titulados, mediante el mantenimiento de una norma que había sido aprobada con rango de orden ministerial en 1978, en los únicos propietarios posibles de las oficinas de farmacia, consolidando una situación singular de identificación entre ejercicio profesional y propiedad de las oficinas de farmacia que ha sido asumida por los Gobiernos de los partidos mayoritarios.

#### **f) Las políticas de personal.**

En cuanto a las políticas de personal, la ley previó el desarrollo de un Estatuto del personal del Sistema Nacional de Salud. Una previsión que no llegó a precisar a qué personal debería afectar, manteniendo en el intervalo de su desarrollo (un Estatuto “marco” se desarrolló 17 años después, en 2003, y por un Gobierno del Partido Popular) sin modificar las condiciones del personal que formaba parte de las plantillas de las instituciones de la Seguridad Social.

### 3. Las limitaciones estructurales del desarrollo posterior a la LGS.

#### 3.1. Aspectos organizativos y normativos

El desarrollo reglamentario de las disposiciones que debían concretar en los distintos terrenos señalados la transformación del modelo de Seguridad Social existente en un modelo de servicio nacional de salud de gestión descentralizada se puede caracterizar globalmente como tardío, parcial y descoordinado. Las disposiciones y medidas en distintos terrenos se fueron llevando a cabo con ritmos distintos y, en general, con una preferencia manifiesta por evitar los conflictos que se pudieran generar si las medidas adoptadas resultaban contrarias a los intereses de cualquier sector afectado por cualquier nueva medida o regulación<sup>a</sup>.

Esa actitud de escasa implicación en el desarrollo del sistema sanitario por parte de los sucesivos gobiernos socialistas hasta 1996 se proyecta sobre cada una de las cuestiones concretas a las que he hecho alusión en el apartado anterior como exponentes de la deficiente regulación de cada una de ellas llevada a cabo por el texto legal:

##### a) La cobertura sanitaria.

En el caso del mantenimiento contradictorio de sistemas de protección diferenciados para colectivos específicos como los que he mencionado, bastó la previsión de los conflictos que se podrían derivar de la pérdida de las condiciones específicas de la atención de que disponían esos colectivos si se producía su integración en el sistema general de atención para hacer que, de una u otra manera, se mantuvieran esas formas de protección diferenciadas.

El argumento en unos casos, como el de las mutualidades de funcionarios, era el de la imposibilidad de que el sistema general pudiera asumir la atención de colectivos de cierta importancia numérica (actualmente agrupan a algo menos de dos millones

<sup>a</sup> Cuando se produjo algún conflicto, como el planteado por los médicos de las instituciones de la Seguridad Social en 1987, las soluciones dadas al mismo (generalizar determinados complementos retributivos sin establecer ninguna medida para vincular su percepción con cualquier clase de mejora en la dedicación y el rendimiento) parecieron tener como objetivo político principal el evitar el conflicto en sí mismo, en un terreno que siguió sin figurar entre las prioridades de ninguno de los gobiernos siguientes al que había logrado la aprobación del texto legal.

*Desarrollo reglamentario de las disposiciones que debían concretar la transformación del modelo de Seguridad Social en SNS de gestión descentralizada:*

- *tardío, parcial y descoordinado*
- *ritmos de desarrollo diferentes*
- *preferencia manifiesta por evitar la generación de conflictos*
- *Mantenimiento contradictorio de sistemas de protección diferenciados para colectivos específicos*

de personas, con una distribución territorial muy desigual) sin deterioro de la calidad de la atención, tanto de la que esos grupos reciben por otras vías, como de la que se da en el sistema sanitario general.

La preocupación por la atención recibida por esos colectivos, que siempre ha supuesto la dotación de fondos específicos al margen de la financiación general del SNS para mantener la atención especial de los mismos, ha venido contando por otra parte con el apoyo reiterado de los sindicatos de clase, incluso en sus niveles confederales, más allá del apoyo de los sindicatos sectoriales respectivos. Una situación que contrasta con la escasa preocupación manifestada por éstas y otras organizaciones respecto de que la integración de otros colectivos específicos en el régimen general pudiera producir en el mismo los mismos efectos de deterioro en la calidad de la atención<sup>b</sup>.

Por otra parte, la forma de protección sanitaria que reciben esos grupos (con derecho al acceso a medios privados con financiación pública, y sin que la atención primaria constituya la vía de acceso ordinaria al sistema de protección, lo que facilita el acceso a la atención más sofisticada, más cara, y sólo justificada como más eficaz por la publicidad directa e indirecta que lleva a identificar como de mayor calidad esa clase de atención) se ha convertido en la referencia para muchos de lo que es la mejor atención sanitaria deseable por cualquier ciudadano.

Esa situación constituye la amenaza más importante para la sostenibilidad no sólo económica de nuestro sistema sanitario, y en concreto para que en el futuro sigamos disponiendo de un sistema sanitario universal e igualitario, y no diferentes sistemas para distintos grupos de población, definidos por sus condiciones laborales o económicas. A la vez supone que la protección sanitaria ha pasado de ser un instrumento de cohesión social a convertirse en un elemento de diferenciación entre grupos sociales distintos, en un momento en el que los intereses igualitarios de la sociedad han decaído, frente a una tendencia neta a la desigualdad y la diferenciación.

<sup>b</sup> Un ejemplo de la asimetría de esas valoraciones es el proceso de integración de la población cubierta por los sistemas de beneficencia en el sistema general de atención, que tuvo lugar tres años después de la publicación de la Ley, mediante un Real Decreto, el 1088/1989, de 8 de septiembre. En aplicación del mismo se produjo la inclusión de los grupos dependientes de las distintas corporaciones locales en el régimen general de atención del SNS, con la peculiaridad de que esa integración no supuso ninguna transferencia al propio SNS de los fondos que esas corporaciones dedicaban a la atención sanitaria de esos grupos de población.

## b) La descentralización<sup>4</sup>.

La falta de definición en la Ley de un calendario específico del proceso descentralizador, e incluso de un horizonte final del mismo, tuvo como consecuencia en primer lugar el desarrollo de un proceso descentralizador extendido en el tiempo (21 años entre el traspaso de la responsabilidad de la asistencia sanitaria a Cataluña en 1981 y el cierre de los traspasos en esta materia de manera simultánea a 10 CCAA en 2002), con importantes diferencias a lo largo del proceso en la organización, constitución y dotación de los servicios sanitarios de unas y otras CCAA como consecuencia del desarrollo desigual del mismo (ver **Tabla nº 2**).

Sin embargo, pese a las diferencias temporales en su desarrollo, este proceso ha generado un horizonte similar para cada una de las CCAA, consistente ante todo en dotarse de capacidad autosuficiente como para prestar la totalidad de los servicios a su propia población, pero sin prever mecanismos de cooperación entre ellas, mucho menos desde el punto de vista planificador, con el consiguiente incremento ineficiente del gasto. Una ineficiencia que habría que añadir a la producida por la multiplicación de estructuras de gobierno repetidas en los sistemas sanitarios autonómicos, que se ha traducido en un aumento significativo del gasto en administración de los servicios frente al gasto derivado de la asistencia sanitaria a la población<sup>5</sup>.

*Desarrollo de un proceso descentralizador extendido en el tiempo sin prever mecanismos de cooperación efectivos entre las CCAA, que derivó en la ineficacia manifiesta en el funcionamiento de los órganos de coordinación existentes, de manera singular el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Éste carece de competencias e instrumentos para imponer sus acuerdos en ningún territorio autonómico*

Tabla 2. Calendario del proceso trasferencial en materias de Sanidad a las CCAA

	79-80			81-85			86-90			91-95			96-2002		
	SAN.	AI SN.	INSAL.	SAN.	AI SN.	INSAL.									
ANDALUCÍA				1981	1985	1984									
ARAGÓN				1982	1982										2002
ASTURIAS	1979				1982										2002
BALEARES	1980				1982										2002
CANARIAS	1979							1986				1994			
CANTABRIA				1982				1986							
CASTILLA-LAMANCHA				1982	1982										2002
CASTILLA-LEÓN				1981	1985										2002
CATALUÑA	1979	1980				1981									2002
C.VALENCIANA	1980				1982				1987						
EXTREMADURA	1979				1982										2002
GALICIA	1980				1985							1991			
MADRID				1984	1985										2002
MURCIA	1980				1982										2002
NAVARRA				1985				1986				1991			
PAÍS VASCO	1979	1980							1987						
RIOJA				1984				1986							2002

	1979-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2002
SANIDAD	9	8	---	---	---
AI SNA	2	11	4	---	---
INSALUD	---	2	2	3	10

Por otra parte, las modificaciones habidas en la situación del Sistema a través de los traspasos sucesivos a las distintas CCAA no se acompañaron del diseño de instrumentos de coordinación entre los servicios sanitarios autonómicos diferentes y adaptados a cada situación de los traspasos, realizados en tiempos distintos.

Esto derivó en la ineficacia manifiesta en el funcionamiento de los órganos de coordinación existentes, de manera singular el denominado Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A su vez, de éste se sigue demandando con frecuencia la capacidad de imponer decisiones colectivas que no se compadecen con las características de este órgano, constituido como "conferencia sectorial" de consenso, pero sin competencias ni instrumentos para imponer sus acuerdos en ningún territorio autonómico, en función del carácter "exclusivo" en el ejercicio de sus competencias sanitarias con que todas las CCAA han asumido las mismas.

### **c) La financiación sanitaria <sup>6,7</sup>**

Como consecuencia de la indefinición de la ley en materia de financiación de los servicios de asistencia sanitaria traspasados, en un primer período, hasta 1994 (año en que, con el traspaso a Canarias, se completó la transferencia de la asistencia sanitaria a las 7 CCAA que reunieron hasta entonces las condiciones para el traspaso de esas competencias) la aplicación de los criterios financieros de distribución de los fondos mencionados permitió un reparto sesgado de los mismos con criterios poblacionales más o menos favorables a las CCAA receptoras en función de la afinidad política de los gobiernos autonómicos respectivos con el Gobierno de la Nación.

Otra característica añadida de ese período es que, durante el mismo, tanto el reparto inicial de los fondos como el de cantidades adicionales repartidas en las denominadas "operaciones de saneamiento" sucesivas, que se llevaron a cabo para resolver insuficiencias presupuestarias observadas en el ámbito del INSALUD no descentralizado, supuso la distribución de los fondos correspondientes a cada una de las CCAA sin conocimiento ni demanda de información alguna de la gestión presupuestaria llevada a cabo por cada una de ellas, sino tan sólo por proyección de los coeficientes poblacionales (sesgados conforme al criterio de afinidad política señalado) acordados en cada caso.

*Los principales cambios en el sistema de financiación:*

*- en 1989: cambio de fuentes*

*- en 1994: modificación del sistema de distribución de recursos*

*- en 2002: inclusión de la financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica general*

En 1994 se produjo una modificación del sistema de distribución financiera aplicado, que supuso eliminar de manera significativa las diferencias en el reparto de unos y otros fondos, que se venía produciendo con grandes márgenes de discrecionalidad y criterios de afinidad o compromiso político, con independencia de las razones que se utilizaran para justificar esa distribución. Sin embargo, se siguió tolerando una ausencia total de información del gasto autonómico, cuyas desviaciones sólo se conocían de manera ocasional como consecuencia de las demandas de los proveedores. Estos, a su vez, se fueron adaptando por razones de necesidad y de manera paulatina a un aumento progresivo de los plazos de pago, un problema también de desarrollo asimétrico entre las diferentes CCAA, en el que Cataluña y Andalucía, las de mayor población de entre las traspasadas, solían destacar sobre las restantes CCAA.

En sentido inverso, tanto el País Vasco como Navarra se beneficiaban de la aplicación que se hacía de sus sistemas peculiares de financiación, sin que por razones políticas generales nadie pusiera en cuestión hasta años más tarde tal aplicación, que no es consustancial al modelo de financiación de esas CCAA, sino que está vinculada a la definición de la cuantía del "cupó" vasco y el "amejoramiento" navarro, que se establecen periódicamente por acuerdo entre el gobierno autonómico respectivo y el de la nación.

Desde el punto de vista de las fuentes de financiación para adecuarlas a la financiación preferente vía impuestos generales, característica de los servicios nacionales de salud, el principal salto significativo en esa línea tuvo lugar en 1989. La operación realizada en aquel año no supuso, sin embargo, un aumento real de la financiación vía impuestos, sino tan solo el intercambio formal de responsabilidades financieras sobre dos clases de servicios que en aquel momento tenían una financiación equivalente en cifras absolutas: la asistencia sanitaria "de la Seguridad Social", convertida en el SNS, pasó a financiarse vía los impuestos generales establecidos por los Presupuestos Generales del Estado, mientras que, por su parte, y pese a su naturaleza no contributiva, las pensiones de ese carácter pasaron a financiarse por la Seguridad Social. Este proceso de sustitución de fuentes financieras continuó luego de manera más pausada, y alcanzó su resultado final en 1999, año en el que la totalidad de la atención sanitaria traspasada y no traspasada (quedaban

entonces todavía 10 CCAA gestionadas por el INSALUD) pasó a financiarse por completo con impuestos generales.

Sobre esa base de exclusividad de la financiación vía impuestos, 2002 marcó el cambio de modelo de financiación sanitaria de las CCAA de régimen común (todas menos Navarra y el País Vasco), simultáneo con el cierre de los traspasos sanitarios a las 10 CCAA que todavía no los habían recibido. Un proceso en el que esos traspasos constituyeron la condición para la integración de la financiación sanitaria en la autonómica general para esas CCAA, dada la importancia de la financiación justificada por el ejercicio de las competencias en asistencia sanitaria para cada una de ellas (un promedio del 37,5% de la financiación global recibida por cada CA)). La importancia proporcional de esa cuantía para los presupuestos autonómicos permitió la cesión de una amplia cesta de tributos a dichas CCAA, que de otra forma no habría podido hacerse de manera homogénea, abriendo paso así a unos mecanismos de supuesta "corresponsabilidad fiscal" mas ficticios que reales (es el gobierno central el que sigue recaudando la mayoría de los tributos, sobre la mayor parte de los cuales las CCAA carecen de capacidad normativa, para ceder después la parte proporcional fijada a cada una de las CCAA, mediante pagos fraccionados mensuales). Sin embargo, ni en ese sistema de financiación ni en el más reciente aprobado en 2009 se prevé ningún mecanismo de información económica de la gestión sanitaria autonómica.

El modelo aprobado con Gobierno del PP en 2002 conservaba aún ciertos grados de compromiso temporal de uso finalista de los fondos recibidos por las CCAA en razón de la responsabilidad sobre la atención sanitaria de la población "protegida" de su territorio (una cifra que no es igual a la población del propio territorio, puesto que del cálculo de ésta se excluyen los grupos de residentes en cada uno de ellos que reciben la atención a través de otros sistemas de protección financiados públicamente). Esa garantía de uso finalista de los fondos ha desaparecido por completo del nuevo sistema de financiación aprobado en 2009 mediante la Ley Orgánica 3/2009, de modificación de la ley orgánica 8/1980, de financiación de las Comunidades Autónomas.

La desaparición de ese uso finalista de los fondos tiene, sin

embargo, menor importancia<sup>c</sup> que el hecho de que la financiación sea por completo incondicionada, y no se utilice al menos una parte de la misma como instrumento al servicio del mantenimiento de la cohesión mediante ciertas condiciones generales del sistema, como se ha descrito que ocurre en el sistema sanitario canadiense<sup>d</sup>. Todo parece indicar que el objetivo principal de la Hacienda central es mantenerse al margen de la financiación sanitaria, considerada ante todo como un área de gasto de difícil control, al margen de cuáles sean los efectos de esa actitud sobre el mantenimiento de un sistema de protección universal e igualitario, cuya sostenimiento con esas condiciones parece ajeno a su responsabilidad y su intervención, sea cual sea el color político del partido del Gobierno.

Por otra parte, la combinación del sistema de financiación aprobado con los límites a la solidaridad fiscal entre CCAA que se deduce de algunos Estatutos de Autonomía, como la parte del Estatuto catalán cuya constitucionalidad fue ratificada por el Tribunal Constitucional, ha abierto la puerta a una tendencia a considerar que la responsabilidad de los servicios prestados por las CCAA debe basarse en la capacidad recaudatoria de cada una. Ésta dista de ser semejante entre muchas de ellas y, como tal, parece difícilmente compatible con el mantenimiento de unos servicios definidos como universales, no sólo en el sentido poblacional, sino también territorial de la protección, y basados en la condición de ciudadanía española, y no en la de cada CA, muchas de las cuales habrían carecido de capacidad económica para acceder a los mismos grados de protección si cada una hubiera tenido que crear sus propios servicios de salud.

#### **d) La organización y la gestión de los distintos niveles de atención.**

En el campo de la organización y la gestión de los servicios cabe diferenciar lo ocurrido en el ámbito de la atención primaria, en el de la atención hospitalaria, y en el de la organización de los propios servicios autonómicos de salud.

---

<sup>c</sup> Sobre la base de la información presupuestaria proporcionada por las CCAA no parece que ninguna de éstas haya desviado fondos a otros usos diferentes, e incluso puede haberse dado en algunos casos la situación inversa.

<sup>d</sup> Una de esas condiciones es la "portabilidad" del derecho a la protección sanitaria, que garantiza que la atención de ningún paciente canadiense es rechazada por ninguna provincia distinta a la de su residencia, sin perjuicio de las compensaciones económicas posteriores a que haya lugar

*En Atención Primaria han sido características:*

- la diferente velocidad en la extensión del modelo diseñado en 1984
- formas alternativas de organización que sólo se han producido en Cataluña
- la incorporación de personal de enfermería con una forma de trabajo independiente, concretada en la creación de consultas de esa titulación (aunque su papel dista mucho del atribuido en otros países)

## **d.1) Atención Primaria**

El hecho más significativo en este ámbito es la diferente velocidad en la extensión del modelo diseñado en 1984, que la LGS ratificó sin ninguna modificación. Las distintas CCAA fueron desarrollando el modelo con arreglo a sus propias preferencias y grados de acuerdo con el mismo. La valoración de los efectos de ese nuevo modelo de organización del primer nivel de atención dista mucho todavía de haberse hecho de manera objetiva sin que, sin embargo, eso impidiera su extensión progresiva.

Las únicas formas alternativas de organización de la atención primaria se han producido en Cataluña, donde se han desarrollado algunas experiencias de autoorganización de equipos de salud a los que se dota de presupuestos para gestionar la atención de sus pacientes con ciertos márgenes de discrecionalidad en la utilización de los fondos presupuestarios y en su organización interna, y a los que, siguiendo una tradición diferenciada también en sus Colegios profesionales, se les ha ofrecido apoyo a su gestión administrativa a través de éstos. El desarrollo de estas iniciativas, de número muy limitado, tuvo su apoyo en la ley de Ordenación sanitaria de Cataluña, de 1990, que dio lugar a otros cambios en el nivel hospitalario y en la organización del Servicio Catalán de la Salud, por lo que se hace referencia a esta norma a continuación.

En este nivel de atención merece también una referencia especial la incorporación al trabajo en los centros de salud que se fueron definiendo y creando de personal de enfermería con una forma de trabajo independiente, concretada en la creación de consultas de esa titulación. Como en otros casos, las valoraciones generales que deban hacerse sobre la aportación de esa nueva estructura organizativa carecen de datos generales que puedan aportar bases objetivas a esa valoración. Hay, sin embargo, algunos indicios que permiten considerar que el papel atribuido en buena parte de los casos a la enfermería en este nivel de atención, que debe ser complementario del realizado por el médico y, en la mayoría de los casos, no sustitutivo de la labor de este último, dista mucho del papel que se atribuye a estos profesionales en el mismo nivel de atención en otros países, centrado en buena parte en la prestación de cuidados a domicilio y la atención a pacientes crónicos.

## **d.2) La organización de la atención especializada y de los Servicios de salud autonómicos.**

Tanto en el nivel de la atención hospitalaria como en el de la organización general de los servicios de salud, la fecha que marca un cambio en las condiciones "administrativas" de unos y otros es 1990. Un hecho producido en ese año, la primera Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, y otro que tuvo lugar a mediados del año siguiente, la entrega al Ministerio de Sanidad del llamado Informe Abril, marcaron un cambio en las tendencias en la organización de los servicios sanitarios. Con ellos la "gestión" de los servicios pasó a convertirse en el problema central, por supuestas razones de eficacia y eficiencia de la prestación, de un Sistema Nacional de Salud cuyo horizonte en términos organizativos, poco más de tres años después de su creación en la LGS, carecía todavía de otra definición más precisa que la que se derivaba de su constitución como un servicio de salud integrado y jerarquizado por niveles y sometido a las condiciones habituales de la gestión pública (el derecho administrativo), que regían en aquel momento en España.

Lo que esa norma y ese informe plantearon fue, de una u otra forma, la reorganización de los servicios sanitarios como "mercados" simulados, estableciendo la separación de la funciones de financiación y "compra" y de "provisión" de servicios que en aquel momento se estaba planteando en los servicios sanitarios de otros países dotados de servicios nacionales de salud. En ese planteamiento común, se proponía de una u otra forma el cambio de la personalidad jurídica de los servicios sanitarios (autonómicos, pero también la del propio INSALUD) para dotarlos de mayor "flexibilidad" en su actuación (lo que en otros terrenos de la Administración pública se llamó la "huída" del derecho administrativo), a la vez que atribuirles el papel de "compradores" de servicios; y, en el caso de los hospitales, convertidos en "proveedores" separados, dotarlos también de mayor autonomía en su gestión.

De los dos precedentes señalados, hay muchas razones para pensar que el informe Abril no pasó de ser una traslación de las transformaciones generales propuestas en otros países, sin consideración alguna de las condiciones reales del SNS en aquel momento.

En 1990 con Ley de ordenación sanitaria de Cataluña y a mediados del año siguiente el "Informe Abril" propician en cambio del marco administrativo, y buscan la reorganización de los servicios sanitarios como "mercados" simulados, estableciendo la separación de la funciones de financiación y "compra" y de "provisión". A partir de ahí, la diversificación de las formas de gestión fue rápida en la totalidad de las CCAA, proceso facilitado y estimulado después por la Ley 15/1997.

Por su parte, en el caso de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, de 1990, la situación era distinta: como he descrito antes, Cataluña era cuando se hizo el traspaso del INSALUD, y lo seguía siendo cuando se promulgó esa ley, la CA española en la que existía un menor porcentaje de camas hospitalarias de propiedad de la antigua red de la Seguridad Social. A su vez, allí se daba la existencia de un número muy importante de centros hospitalarios propiedad de corporaciones locales, que venían funcionando ya en régimen de concierto suplementario con el INSALUD; a la vez, Cataluña era, incluso por encima de Madrid, la CA en la que se daba un porcentaje más alto de población afiliada a seguros sanitarios privados, en buena parte desarrollados de manera casi exclusiva en el territorio catalán e independientes de las compañías que operaban en todo el territorio español.

Sobre esa base, lo que la Ley catalana de 1990 previó fue la creación de un "Servicio Catalán de la Salud" (SCS), al que dotó de una naturaleza jurídica diferente a la que tenía el órgano previo (el INSALUD traspasado) como organismo autónomo de carácter administrativo, creando el SCS como un ente público de carácter institucional, responsable de la financiación de la cobertura y financiación de los servicios y prestaciones sanitarias del sistema público de salud. Al margen de esas competencias, en la Ley se establecía a la vez que la gestión de esos servicios, separada de las responsabilidades citadas, se pudiese llevar a cabo mediante fórmulas de gestión diversas -directas, indirectas o compartidas- a través de cualesquiera entidades públicas o privadas admitidas en derecho. Era, pues, una traducción explícita de la creación de un "mercado" en el que quedaban separadas de una parte las funciones de cobertura y financiación, ejercidas por el SCS, y de otra la provisión de los servicios.

Una Ley posterior, la 11/1995, que modificaba la anterior, sometió al derecho privado al SCS "en lo que se refiere a las relaciones jurídicas externas, en términos generales", dotando al propio Servicio de la capacidad de creación de "cualquiera empresas públicas", y a las regiones sanitarias catalanas que se creaban en la norma de la de "establecer contratos para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, que deben estar acreditados al efecto, con entidades de base asociativa legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia,

*totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios, priorizando a los que están comprendidos en cualquiera de los colectivos de personal...*" (propio). Esta regla dio pie a la constitución de algunos de los equipos autoorganizados de atención primaria a los que he hecho alusión más arriba.

El modelo, más teórico que efectivo, del informe Abril, y el ejemplo más real de la ley catalana inicial y su desarrollo posterior, han tenido efectos diversos sobre el conjunto del sistema sanitario español.

En el caso de los servicios autonómicos sanitarios, todos los que se constituyeron o renovaron su constitución con posterioridad a la ley catalana, incluso en aquellos casos en que no habían recibido todavía el traspaso del INSALUD, adoptaron formas jurídicas a imitación del SCS catalán que les permitían superar las reglas más limitadas del derecho administrativo. Sin embargo, como en la práctica totalidad de esos nuevos servicios no se daba la existencia de redes consolidadas de proveedores diversos, en ningún otro caso se llegó a llevar a cabo la separación de las funciones de cobertura-financiación frente a provisión que había caracterizado la creación de un "mercado" sanitario sui generis en aquella CA.

En sentido contrario, el INSALUD, que no había sido transferido a numerosas CCAA (nada menos que a 10 de ellas, el 60% de las existentes, cuya población sumada no sobrepasaba, sin embargo, el 40% de la población española), no modificó su naturaleza jurídica, ni siquiera tras la entrada en el Gobierno del PP en 1996. Pero, por el contrario, pretendió un remedo de mercado sanitario más limitado aún con el desarrollo durante los primeros años 90 del siglo pasado de un "contrato-programa" con dos niveles de supuesta contratación: el primero de ellos, entre el propio Ministerio de Sanidad, aún responsable de la gestión de los servicios sanitarios de un 40% de la población, y el INSALUD, responsable efectivo de esa atención. El segundo nivel del "contrato" se debía llevar a cabo, en los límites globales definidos por el anterior, entre los órganos centrales del propio INSALUD y cada uno de los centros sanitarios, inicialmente sólo los hospitalarios y posteriormente también en el nivel de la atención primaria. La aplicación y efectividad del "contrato-programa" fue decayendo progresivamente hasta los primeros años del nuevo siglo, ya con gobierno del PP, desapareciendo por completo en

*La diversificación en las formas de gestión ha dificultado la garantía de funcionamiento coordinado del Sistema y los procesos de control de actividad y presupuestos.*

coincidencia con el cierre del proceso descentralizador en 2002.

Por su parte, la previsión de que las fórmulas de gestión de los centros sanitarios pudiera diversificarse se extendió de una manera muy significativa por la totalidad de las CCAA, en especial en las que habían recibido el traspaso del INSALUD. Cada una de ellas, acuñó como propia una modalidad de gestión diferente (fundaciones en Galicia; los consorcios mencionados en Cataluña; empresas públicas en Andalucía; Valencia fue la que inició en Alzira la constitución de un nuevo centro bajo una modificación de la fórmula PFI, cuya aplicación sanitaria se había iniciado en el Reino Unido; Madrid, también bajo mandato del PP, extendió en un período posterior la aplicación de variantes de esta fórmula). En todos los casos la aplicación de las nuevas formas de gestión se caracterizó por limitarse a centros de nueva creación, dejando sin modificar las formas de gestión de los centros de la antigua red sanitaria del INSALUD, la necesidad de cuyo recambio había sido precisamente el objeto de las sugerencias del informe Abril<sup>8,9</sup>.

Los resultados más manifiestos de esa política de diversificación, claramente potenciada por el proceso descentralizador, han sido los de contribuir a hacer imposible garantizar un funcionamiento coordinado del Sistema, y el de añadir mayores dificultades para mantener un control homogéneo de la actividad sanitaria y su ejercicio presupuestario; controles que no se pueden llevar a cabo con las mismas reglas para con centros de naturaleza jurídica diferente y que mantienen una relación con el propio Sistema distinta según su constitución.

### **e) La relación con los proveedores y los sistemas de compras<sup>10,11,12,13,14</sup>.**

El desarrollo desde la LGS de las políticas de relación con los proveedores, especialmente con la industria farmacéutica y las oficinas de farmacia, pero también con otros sectores tecnológicos, se puede caracterizar globalmente como continuista con las diseñadas incluso antes de la instauración de la democracia, con el resultado de que el problema principal en este sector sigue siendo que, desde el punto de vista sanitario, las políticas desarrolladas no han logrado reducir la proporción de esta parte del gasto en el gasto sanitario total. Cualquier aumento del gasto

sanitario tiende a ser absorbido por el incremento del gasto en estas partidas, en especial en el sector farmacéutico, no dejando a los restantes componentes de aquél, que incluyen partidas tan importantes y capitales para el desarrollo adecuado del sistema sanitario como las políticas de personal, ningún espacio para el crecimiento, con los efectos negativos consiguientes sobre la redistribución más eficiente del gasto total que se pudiera pretender.

## **f) Las políticas de personal.**

En el terreno de las políticas de personal, su desarrollo posterior a la LGS fue también, además de tardío, limitado y poco coherente con el mantenimiento de las aspiraciones universales e igualitarias que supuestamente subyacían a la constitución del SNS.

Desde el punto de vista temporal, la mejor expresión del retraso de una regulación adecuada de estas políticas es que las dos normas que la han desarrollado, el Estatuto marco, cuyo desarrollo estaba previsto de manera expresa en la LGS, y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que no tenía esa condición, fueron aprobadas ambas en 2003, bajo mandato del Partido Popular, es decir, 17 años después de la propia LGS, y más de un año después de que se hubiera completado el proceso de descentralización de la gestión del sistema sanitario de la Seguridad Social, que constituyó la base de la creación del SNS.

f.1) El retraso en la aprobación del Estatuto Marco previsto en la LGS se debió en buena parte a la manifiesta y sostenida oposición sindical (de los sindicatos de clase, pero también de los sindicatos profesionales) a que se modificara el carácter de la relación "estatutaria" que mantenía previamente el personal de diferentes categorías de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. El intento de reconducir la relación de ese personal al ámbito laboral obtuvo su primer fracaso durante la elaboración de los borradores y proyectos de LGS previos a su aprobación. La capacidad de la oposición manifestada ya por entonces a esa reconversión de la naturaleza de la relación jurídica con el personal queda bien expresada por el hecho de que el Estatuto Marco finalmente aprobado mantuvo el carácter "estatutario" de esa relación.

Por el contrario, el mantenimiento de ese carácter, primero, y durante diecisiete años, sin cambios normativos, y luego confir-

*El Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), fueron aprobadas ambas en 2003, bajo mandato del Partido Popular, es decir, 17 años después de la propia LGS, y más de un año después de que se hubiera completado el proceso de descentralización de la gestión del sistema sanitario de la Seguridad Social.*

*A partir de los primeros años 90, se produjo una explosión de formas contractuales atípicas y no reguladas en los Estatutos en las mismas instituciones en las que en teoría estaban en vigor aquéllos.*

*La regularización sólo temporal de esas situaciones (puesto que se han seguido produciendo situaciones similares después) requirió de la realización de una oferta pública de empleo (OPE) que, se fue demorando hasta que se decidió su convocatoria por el PP en 2001*

mado por el desarrollo legal aprobado, no impidió que a lo largo de ese tiempo, y en especial a partir de los primeros años 90, se produjese una explosión de formas contractuales atípicas y no reguladas en los Estatutos en las mismas instituciones en las que en teoría estaban en vigor aquéllos. Esta explosión se produjo sobre todo en las formas de contratación del personal médico, en cuyo ámbito, y con el objetivo supuesto de mejorar la productividad de los profesionales sobre la base de reducir la seguridad en los puestos de trabajo (frente al desempeño de las plazas "en propiedad", característico del personal estatutario), proliferaron toda clase de contratos atípicos<sup>e</sup>.

Por otra parte, la proliferación de esas formas irregulares o atípicas de contratación se acompañó del incumplimiento generalizado de las formas y plazos previstos en los Estatutos para las convocatorias de plazas bajo ese régimen; una situación cuya regularización sólo temporal (puesto que se han seguido produciendo situaciones similares después) requirió de la realización de una oferta pública de empleo (OPE) que, por los intereses contradictorios entre distintos grupos de personal de cada categoría profesional que debía atender, se fue demorando hasta que se decidió su convocatoria por el PP en 2001. La OPE, por otra parte inevitable si se quería evitar que las situaciones crecieran como una bola de nieve, tardó en resolverse más de cinco años y, por la variedad y cantidad de plazas y categorías a las que afectó, provocó una situación general de inestabilidad en las instituciones sanitarias y en las relaciones de buena parte del personal sanitario con la población a atender, que no contribuyeron para nada al mantenimiento de la calidad de la atención y la eficiencia de la gestión de los centros públicos.

A su vez, la situación de inestabilidad provocada por la repetida reedición de esas formas contractuales temporales diversas, y en muchos casos irregulares, convirtió a ese personal en sujeto de las actuaciones dirigidas a la reducción o modificación de las plantillas de los centros públicos de la antigua red de la Seguridad Social que se han ido produciendo por diferentes razones: en el caso de la Comunidad de Madrid, la contratación de especialistas de determinadas especialidades para los nuevos

*e Nombramientos "interinos" o eventuales previstos para determinados supuestos específicos; contratos "de guardias", de tiempo parcial; modalidades específicas de contratos de obra, temporales, y otros muchos, cuya variedad resulta imposible de sistematizar. La segregación de los presupuestos de investigación de los centros sanitarios mediante la creación de "Fundaciones de investigación" de los hospitales, financiadas con fondos ajenos a la financiación sanitaria general, permitió añadir a esas modalidades la presencia de personal ajeno a la relación directa con los centros en los mismos*

centros bajo distintas variantes de la fórmula PFI ha tomado como base principal el personal que mantenía contratos de esa naturaleza en los centros públicos mencionados. En el caso de Cataluña, los recortes de plantilla que se han planteado en el contexto de los recortes económicos más amplios en el terreno sanitario que ha propuesto el nuevo Gobierno de CiU tienen como soporte principal el personal sometido a toda clase de contratos temporales atípicos o de interinidad.

Por otra parte, el mantenimiento de la condición estatutaria para una parte significativa del personal, en todo caso el de mayor antigüedad, ha derivado en el mantenimiento, con manifiesto apoyo sindical, de políticas retributivas y de incentivos de una u otra naturaleza, incluida la creación de nuevos complementos o el desempeño de puestos de responsabilidad organizativa, que han dejado por completo al margen la valoración y el control del rendimiento personal. Una situación que contrasta abiertamente con la desarrollada en los nuevos centros creados bajo fórmulas de gestión privada.

f.2) El otro aspecto a destacar en cuanto a las políticas de personal se refiere a las relaciones con y entre las profesiones sanitarias. Se trata de una cuestión que no estaba contemplada en la LGS, que sólo fue desarrollada de manera expresa mediante una norma, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), desarrollada en una legislatura precisa en paralelo a la última fase de desarrollo del Estatuto Marco, y aprobada y promulgada a la vez que éste.

Esta ley supone la plasmación de una tendencia a encerrar cada una de las profesiones sanitarias en un compartimento estanco definido por actividades y funciones "exclusivas", que se venía manifestando desde antes de la instauración de la democracia en España. Una tendencia que tenía su asiento en la existencia de colegios profesionales, cuya constitución en la fase previa a la democracia, que no ha sido todavía modificada, los convertía en cauce de encuadramiento y "participación" política de las profesiones "liberales". Como tales, han carecido siempre de una organización interna y de una regulación que los permitiera contribuir al control eficaz del ejercicio profesional; más aún cuando, como ocurre en el caso sanitario, aquél ha pasado de llevarse a cabo de manera individual a realizarse principalmente en el ámbito colectivo de los servicios públicos de salud, o incluso en el privado, de las compañías de seguro, dejando la actividad

*La situación de inestabilidad provocada por la repetida reedición de esas formas contractuales temporales diversas, convirtió a ese personal en sujeto de las actuaciones dirigidas a la reducción o modificación de las plantillas de los centros públicos*

estrictamente privada y solitaria como un recuerdo residual del pasado, que el progreso tecnológico hace imposible reeditar.

Cada una de las tres profesiones sanitarias principales, médicos, farmacéuticos y personal de enfermería<sup>15</sup>, ha venido haciendo una utilización distinta de esos mecanismos corporativos disponibles. Sobre esas cuestiones se puede ver el **Anexo 1**.

### 3.2. La convergencia entre partidos en las políticas relacionadas con el SNS

Lo que constituye una característica peculiar añadida a los déficits estructurales que afectan a aspectos fundamentales del SNS descritos en el apartado anterior es que, a medida que se iba produciendo un desarrollo de la LGS y del propio SNS inadecuado y precario en muchos aspectos, se iba produciendo a la vez una tendencia a la convergencia en la valoración positiva del mismo por parte de la mayoría de los partidos políticos, y en especial por los dos partidos que han ejercido la responsabilidad del Gobierno de la nación. Y ello pese a las diferencias habidas entre ellos en la aprobación de la LGS, que llevó al Partido Popular en su momento a presentar una enmienda a la totalidad del texto.

Esa tendencia a la convergencia en las posiciones de los partidos mayoritarios tiene distintas expresiones:

-desde hace catorce años, con motivo de la aprobación de la Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el SNS, el Partido Socialista ha venido prestando apoyo total o parcial a la aprobación de las normas que, como aquélla, se desarrollaron por el Partido Popular durante sus dos mandatos de Gobierno, de 1996 a 2004.

Ese acercamiento socialista a iniciativas sanitarias populares que han tenido una influencia significativa en la configuración actual del SNS tuvo además en una fase siguiente consecuencias importantes sobre las actitudes de los gobiernos socialistas posteriores cuando ese partido volvió al Gobierno de la nación: probablemente buscando la coherencia con las posturas socialistas previas en relación con las leyes citadas, el primer Ministerio de Sanidad socialista de la segunda época (y lo

*A los déficits estructurales se añade una tendencia a la convergencia en la valoración positiva del SNS por parte de la mayoría de los partidos políticos, en especial el PP y el PSOE, y un consenso en normas como la Ley 15/1997 (nuevas formas de gestión) y otras normas del período 1996 a 2004.*

mismo hicieron los posteriores) optó por desarrollar las normas populares mencionadas en lugar de desarrollar otras políticas propias y diferenciadas en esos terrenos, todos ellos esenciales para consolidar la situación del SNS y mantener las características universales e igualitarias del sistema de protección sanitaria supuestamente previstas en la Ley.

- La confluencia de las posiciones sanitarias de los dos partidos mayoritarios que definen las políticas que se aplican en el conjunto del Estado ha tenido finalmente una expresión peculiar y específica en los últimos años. En éstos, en especial desde el inicio de la crisis económica, han proliferado de manera abrumadora los informes que, patrocinados por grupos de interés diferentes, relacionados en su gran mayoría con los proveedores del Sistema y las compañías de seguros privados que operan en nuestro país, vienen haciendo análisis (negativos) y propuestas sobre la sostenibilidad del propio Sistema, entendida fundamentalmente en el sentido económico<sup>16,17,18,19</sup>. Es característico en la elaboración de estos informes la participación de políticos de los dos partidos mayoritarios, en cuyas aportaciones no son apreciables diferencias significativas ni en los análisis ni en las propuestas para resolver los problemas del SNS.

En esas condiciones, la invocación por todos de la LGS como norma básica del Sistema parece más bien servir de justificación para que cada gobierno central o autonómico siga actuando de la manera que estime oportuna sin que pueda imponerse ningún reparo formal a su actuación. Una situación que, a su vez, lleva a la ruptura de hecho del SNS no sólo desde el punto de vista financiero, sino también de las políticas que sirven de base al mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias de la protección. Y que convierte de hecho en realidad a la Ley todavía vigente en un instrumento inútil en la actualidad como referencia de los instrumentos constitutivos esenciales del Sistema sanitario español.

*La invocación por todos de la LGS parece servir de justificación para que cada gobierno central o autonómico siga actuando de la manera que estime oportuna sin que pueda imponerse ningún reparo formal a su actuación, lo que vacía esta Ley como instrumento efectivo de ordenación del SNS.*

---

### **3.3. La situación actual del SNS.**

---

La suma de problemas estructurales a los que se ha ido haciendo referencia en el apartado anterior permiten considerar que la imagen que mejor permite describir de forma resumida su situación en la actualidad es la de "un gigante con pies de barro y sin columna vertebral". Algunos han comentado que para

completar esa descripción cabría añadir que al Sistema le falta también la cabeza, puesto que en su estructura tampoco se puede identificar ningún órgano que ejerza de manera efectiva su dirección; e incluso cabe poner en cuestión hasta que punto es posible esa figura en un Sistema que ha alcanzado el alto grado de descentralización que lo caracteriza.

Con esas imágenes se pretende subrayar la importancia económica global que tiene en la actualidad el sistema sanitario público en la economía española (como he subrayado previamente, supone en promedio alrededor del 40% del presupuesto de cada una de las CCAA). Pero, a la vez, también la carencia de mecanismos de que dispone para afrontar cualquier problema (y los financieros, como es claro en estos días, no son los menores) sin poner en peligro las condiciones de universalidad, igualdad y amplitud de la prestación con las que supuestamente fue creado.

A esa situación estructural, resultado de su evolución desde su creación, se le ha venido a añadir la crisis económica, para cuya solución se está exigiendo de manera prioritaria la reducción del déficit público y la deuda en la que han incurrido de manera especial algunas CCAA, en parte como consecuencia de su gestión en el terreno sanitario.

Las únicas medidas propuestas hasta ahora por el Gobierno actual y diversos gobiernos autonómicos (entre ellos de manera destacada el catalán, pero también el de Castilla-La Mancha, el valenciano y otros) para que el sector sanitario contribuya a la reducción tanto del déficit público como de las deudas de las CCAA en general, y de manera específica en este terreno, consisten en políticas de recortes salariales, de las plantillas de personal, y en las prestaciones sanitarias, así como la posible introducción de distintos tipos de copagos .

Es en ese contexto en el que resulta de especial importancia la ausencia de propuestas diferenciadas por parte del principal partido de la oposición que pudieran plantear medidas de reforma "estructural" del Sistema en varios de los aspectos comentados en los apartados anteriores, que pudieran ir dirigidas a mejorar su eficiencia y a lograr el control del crecimiento del gasto. Tales propuestas parecen imposibles tras la debacle sufrida por ese partido en las últimas elecciones generales, pero también de resultas de sus posiciones sanitarias en el pasado más reciente.

Por otra parte, las demandas de un llamado “pacto sanitario” desde distintos actores y sectores del Sistema, y desde otros grupos de oposición, no parecen esconder otra demanda que la del aumento de la financiación sanitaria y el compromiso de su priorización, algo que parece por completo imposible de lograr en la situación económica actual.

Por su parte, y de manera especial a lo largo del último año, están arreciando las presiones desde los seguros sanitarios y las cadenas de hospitales privados, que se han agrupado en torno a un llamado “Instituto de Desarrollo e Integración Sanitaria” (IDIS), para incrementar bajo distintas formas su participación en la gestión del SNS. El fin supuesto es el de contribuir a aliviar la presión económica sobre el Sistema, a cambio de garantizar la priorización del pago a las entidades privadas que entren a tomar parte en su gestión (lo que supone en la práctica que cualquier recorte sanitario que deba, en su caso, introducirse se cargue sobre las instituciones públicas que resten, como está ocurriendo ya en la Comunidad de Madrid ). Esas propuestas se complementan con la de abrir la vía a la posibilidad de optar por el aseguramiento privado como alternativa a la protección pública, a cambio de las desgravaciones fiscales consiguientes.

Si se consolidan en el futuro esas mismas tendencias sin ninguna propuesta de reforma estructural del Sistema para mejorar su eficiencia y garantizar su sostenibilidad, la perspectiva más probable es la de la ruptura progresiva de las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria y la constitución, ya iniciada, de diferentes sistemas de protección para distintos grupos de población. Un desarrollo que resultaría de difícil reversión en cualquier futuro previsible.

## ANEXO

### **A1. Las políticas corporativas en relación con las profesiones sanitarias**

Cada una de las tres profesiones sanitarias principales, médicos, farmacéuticos y personal de enfermería, ha venido haciendo una utilización distinta de los mecanismos corporativos disponibles:

-En el caso de los médicos, diferentes intentos desde la izquierda más afín a los planteamientos de creación de un sistema público y universal de salud para adquirir la hegemonía en los colegios, pese a algunos éxitos puntuales (en especial en Cataluña), fracasaron globalmente. Una corriente nacida a partir de la constatación de ese fracaso promovió la puesta en cuestión de la colegiación obligatoria, al menos para el ejercicio en el ámbito público, lo que, ante la permanencia de la ley preconstitucional que sigue regulando los colegios, fue rechazado por los tribunales de justicia hasta el nivel del Constitucional.

Que la vida corporativa siguiera siendo dominada por los sectores de la derecha profesional, en muchos casos la más recalcitrante, que, además, seguía accediendo a los puestos directivos por mecanismos que no tenían nada que ver con el ejercicio profesional real para ejercer supuestamente el control sobre éste, no impidió que por parte de las autoridades sanitarias se promoviera una representación cada vez más amplia de los colegios médicos en las políticas profesionales realizadas desde el ámbito del Ministerio de Sanidad. Sin embargo, las limitaciones evidentes de esa vía de representación fue llevando a que ésta fuese progresivamente compartida por las representaciones de las sociedades científicas que se fueron constituyendo, las cuales fueron adquiriendo un desarrollo cada vez más amplio, en buena parte sobre la base del apoyo a la formación médica (congresos, cursos) de las empresas fabricantes de los productos de uso más característico por cada especialidad.

Es una situación que proporciona a las empresas en concreto, y a los proveedores del sistema sanitario en su conjunto, una vía de influencia privilegiada no sólo sobre los médicos de manera individual, sino también sobre esas representaciones grupales.

La influencia de éstas, vía la participación en los mecanismos colectivos establecidos al efecto (quizás el más evidente el Consejo Nacional de Especialidades, pero, a medida que se han ido desarrollando planes de salud "sectoriales", también la Agencia de Calidad, y otros varios componentes del organigrama ministerial), proporciona a la industria una vía adicional de penetración de sus intereses en el interior del SNS.

-En el caso de los farmacéuticos, a partir de la existencia del convenio para la dispensación de los medicamentos en el SNS a través de las oficinas de farmacia, la representación corporativa se ha centrado de manera preferente y casi exclusiva en la defensa de los intereses de los propietarios de aquéllas, a los que se pretende mantener a toda costa como únicos dispensadores de los medicamentos en el propio Sistema. Otras líneas de trabajo desarrolladas, como la llamada "atención farmacéutica", o el "modelo mediterráneo de farmacia" no parecen más que recubrimientos diferentes de un mismo objetivo principal, que es el mantenimiento del papel de los farmacéuticos "propietarios" como dispensadores exclusivos y excluyentes de la dispensación de medicamentos fuera de los centros del SNS.

Por otra parte, el papel que representan los colegios provinciales como contratantes y, sobre todo, facturadores colectivos de las recetas consumidas por y en el SNS, dota a esos colegios, y a su Consejo General, de un importante poder económico (derivado en una parte de una gestión de los pagos en términos y plazos que les resultan favorables, pero también de la acumulación potencial de información sobre la prescripción individual de cada médico), que les proporciona a su vez una importante capacidad de obtener asesoría legal y económica para dificultar cualquier cambio en esa situación.

-El caso del personal de enfermería tiene también sus especificidades, consistentes aquí en haber conseguido mediante la intervención corporativa una extensión general de la consideración legal de la titulación, trasladable a mejoras económicas en sus retribuciones, sin una modificación de las condiciones formativas y de trabajo de la mayoría de la profesión.

El proceso ha permitido pasar a la titulación en enfermería básica del nivel elemental de titulación con el que todavía se formaron las enfermeras más antiguas que aún se mantienen trabajando en el sistema sanitario, primero al nivel de diplomatura universitaria,

extendiendo esta titulación a toda la profesión mediante unos "cursos de homologación" que, previstos inicialmente para grupos limitados de titulados y un período acotado en el tiempo, terminaron por incluir a toda la profesión, a lo largo de los más de veinte años en que se siguieron realizando para alcanzar ese objetivo. A su vez, la modificación de los estudios universitarios realizada recientemente para homologar y adaptar los estudios universitarios españoles a la normativa europea ha dado lugar a que los estudios de enfermería se sitúen al nivel universitario básico, previendo la posibilidad de acceder a los niveles de máster y doctorado con la misma titulación.

Una característica destacada de estos procesos es que los mismos no han supuesto ningún cambio significativo en el trabajo de la mayoría del personal de enfermería, ni la definición de puestos de trabajo y funciones diferentes a las que se venían desempeñando tradicionalmente. El papel que ha desempeñado en este proceso la organización corporativa ha sido muy destacado.

## Referencias bibliográficas

1. *Políticas sanitarias en España. Pasado, presente y futuro del sistema sanitario español. Un desarrollo específico de la medicina bajo el capitalismo.* Rey del Castillo J. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Tesis doctoral. 2010.
2. *Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud.* Rey del Castillo J. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas. Documento de Trabajo nº 173, 2011. Accesible en <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/una-nueva-ley-general-de-sanidad-para-sostener-el-sistema-nacional-de-salud>
3. *La construcción política del sistema sanitario español: de la posguerra a la democracia.* Guillén A. Madrid: Ex Libris Ediciones, 2000.
4. *Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español.* Rey del Castillo J. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
5. *Son los servicios regionales de salud en España la garantía de la protección sanitaria universal?* Rey del Castillo J. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* 2007; 5(1): 35-59.
6. *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver.* Documento de Trabajo 100/2006. Rey Biel P., Rey del Castillo J. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2006.
7. *El sistema de financiación sanitaria actual y las perspectivas de su modificación.* Rey del Castillo J. *E-RAS*, 2009. 16 de Abril (1ª parte) y 5 de Mayo (2ª parte). Accesible en [www.opinionras.com](http://www.opinionras.com) .
8. *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.* Documento de Trabajo 14/2003. Martín Martín JJ. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2003.
9. *La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad.* Menéndez Rexach A. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2008; 6(2): 269-296.

10. *Políticas de medicamentos. Iñesta A. Cap 6 en: Oteo Ochoa LA, Repullo Labrador (coord.). Un nuevo contrato social para el SNS. Madrid: Ariel-CCOO, 2005. pp. 131-163.*
11. *Pharmaceutical expenditure in Spain: Cost and Control. López Bastida J, Mossialos E. (2000). Int. J. Health Serv. 2000; 30(3): 597-616.*
12. *Regulación y competencia en el sector farmacéutico. Meneu R. En: Oteo Ochoa LA, Repullo Labrador (coord.). Un nuevo contrato social para el SNS. Madrid: Ariel-CCOO 2005: 165-81.*
13. *La distribución y dispensación de medicamentos en España, Documento de trabajo 130/2008. Meneu R. Madrid, Fundación Alternativas- Laboratorio de Alternativas, 2008.*
14. *La evaluación de las tecnologías sanitarias: ¿un mito o una solución para el aumento del gasto sanitario? En: Fundación 1º de Mayo. Otra Gestión Sanitaria es posible. Rey del Castillo J. Madrid: Fundación 1º de mayo, 2011: 91-126. Accesible en: [www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es)*
15. *La enfermería frente al espejo: mito y realidades. Documento de trabajo 162/2010. Hernández Yáñez J. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Altermativas, 2010.*
16. *El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud. Propuestas para un Debate. Fundación Bamberg. Madrid, Fundación Bamberg, 2011.*
17. *Diez Temas Candentes de la Sanidad Española 2011. El momento de hacer más con menos. Price-Waterhouse-Cooper Madrid: Price-Waterhouse-Cooper, 2011.*
18. *Informe Bernat Soria, promovido por Abbott. Soria B. Madrid: Laboratorios Abbott, 2011.*
19. *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. Gil V, Barubés J, Álvarez JC, Portella E. Barcelona: Antares Consulting, 2010.*