

VII Congreso de la Sociedad Gallega de Calidad Asistencial y VIII Jornada de Calidad del Servicio Gallego de Salud

DISCURSO DE JULIO SÁNCHEZ FIERRO, VICEPRESIDENTE 1º DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO, DE TÍTULO: "LA LEY GENERAL DE SANIDAD CUMPLE 30 AÑOS"



“Sean mis primeras palabras de agradecimiento a la Sociedad Gallega de Calidad Asistencial y al Servicio Gallego de Salud por su invitación a este importante Congreso y por darme la oportunidad de compartir con ustedes algunas reflexiones sobre lo que significó en su día la aprobación de la Ley General de Sanidad, cuál ha sido el grado de cumplimiento de sus objetivos y en qué medida sus mandatos se acomodan a un nuevo paradigma sanitario, que viene marcado por el envejecimiento demográfico, la cronicidad y los cuidados de larga duración.

En este sentido y con carácter general, debo recordar:

- **Que la Ley General de Sanidad, promovida por un Gobierno del PSOE, fue aprobada hace 30 años, pero sin consenso**
- **Que, a pesar de ello, luego esta Ley se vio respaldada por otro Gobierno, el del Partido Popular, que en 2003 reforzó sus líneas maestras con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.**
- **Que, sin desconocer que desde entonces han sobrevenido serios problemas económicos y de entendimiento político, el Sistema Nacional de Salud mantiene una alta valoración entre los ciudadanos. Así lo confirman, año tras año, los datos del Barómetro Sanitario.**

Pues bien, como dije, la Ley General de Sanidad nació sin consenso. El equipo redactor, encabezado por Pedro Sabando, tuvo que emplearse a fondo y hacer frente a planteamientos adversos no solo de la oposición política y de colectivos profesionales, sino también desde dentro del propio Gobierno. Las discrepancias se referían a cuestiones clave tales como el modelo de Sanidad y el de financiación de un sistema sanitario público, universal y gratuito.

En efecto, dentro del Gobierno había quienes defendían el modelo de servicio público fuertemente centralizado y financiado con impuestos, en línea con el NHS británico. Para ellos era necesario establecer un Servicio Nacional de Salud.

Pero no faltaban otros miembros del Gabinete que, recogiendo tesis sindicalistas, veían preferible que la asistencia sanitaria se gestionase como una prestación de la Seguridad Social, financiada, entre otras fuentes, con cotizaciones, a semejanza del modelo alemán.

Además, había quienes postulaban la estatalización de toda la actividad sanitaria, negando todo papel a la iniciativa privada.

Pues bien, buena parte de estos planteamientos chocaban con los mandatos de nuestra Constitución, cuyo artículo 149 opta por la descentralización territorial, en tanto que el artículo 38 de nuestra Carta Magna no da cobertura a la exclusión de la actividad empresarial en el ámbito sanitario.

De otra parte, en lo relativo a la financiación, los Ministerios económicos no veían posible dar soporte económico a la universalidad en la asistencia sanitaria, ya que la economía española se encontraba maltrecha por la crisis y por la costosa reconversión industrial.

Ante estos problemas, a los que se unían las reivindicaciones de los distintos sectores sanitarios, el equipo del malogrado Ministro Ernest Lluch se vio obligado a redactar y a discutir múltiples borradores. Hasta catorce se contabilizaron.

En función de todo ello, el Proyecto de Ley sustituyó el Servicio Nacional de Salud por un modelo descentralizado basado en los Servicios Autonómicos, coordinados por el Ministerio de Sanidad en el marco de un Sistema Nacional de Salud.

También el Proyecto de Ley aceptaba de modo expreso la colaboración público-privada en la asistencia sanitaria, fijando unos criterios básicos a tal efecto.

De otro lado, el Proyecto de Ley optó por ralentizar la aplicación del principio de universalidad en la asistencia sanitaria pública, que, según la disposición transitoria quinta, se iría aplicando de modo progresivo; es decir, poco a poco. En cuanto a las fuentes de financiación, el Proyecto se inclinó por un "mix": impuestos y cotizaciones sociales. En concreto, los Presupuestos se financiaron en un 28% con cargo a la Seguridad Social.

Así pues, el sentido común y el pragmatismo acabaron imponiéndose sobre los planteamientos iniciales del Gobierno, fuertemente ideologizados. Pese a todo, la oposición política mantuvo sus reservas por entender que el modelo de la Ley General de Sanidad no colocaba al paciente en el centro del sistema, además de no garantizar la libertad de elección y de propiciar una gestión sanitaria burocratizadora. Mas allá de estas críticas, hay que reconocer el acierto del Proyecto de Ley al recoger en su articulado una serie de objetivos y de herramientas sanitarias, realmente básicas, tales como:

- **La unificación de dispersas estructuras administrativas**
- **La planificación sanitaria**
- **La promoción de la salud**
- **La participación**
- **La responsabilidad del ciudadano a la hora de cuidar de su salud**
- **El apoyo a la investigación biomédica, creando el Instituto de Salud Carlos III.**

Y la Ley se aprobó y con ella echó a andar el Sistema Nacional de Salud

Cuando habían transcurrido diez años desde su entrada en vigor, se produjo la alternancia de Partidos en el Gobierno de España. Al asumir el Partido Popular la responsabilidad del Ejecutivo, surgió la duda de si se derogaría o no la Ley General de Sanidad.

Ante este dilema el Gobierno del PP acertó al decidir mantenerla. En otro caso, habría colocado a la Sanidad en un indeseable camino de inestabilidad y de incertidumbre, similar al que viene soportando desde hace años la Educación.



En efecto, tras los estudios de una Comisión promovida por el Ministro Romay, las Ministras que le sucedieron contribuyeron con sus decisiones al pleno despliegue del Sistema Nacional de Salud. Primero, en 2001 el Ministerio negoció y acordó con 10 Comunidades Autónomas la transferencia de competencias sanitarias, que permanecían pendientes.

Luego, en 2003, la Ministra Pastor fortaleció el Sistema Nacional de Salud mediante la Ley de Cohesión y Calidad; una Ley que obtuvo el apoyo de todo el arco parlamentario.

Con esta Ley se mejoró, entre otras cosas, el catálogo de prestaciones y el cuadro de competencias del Consejo Interterritorial. También introdujo la evaluación de la calidad y la información del paciente.

Asimismo, y con el cien por cien de respaldo de los grupos parlamentarios, se aprobó en 2003 la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, norma clave para el desarrollo de las políticas de recursos humanos. Pero el consenso sanitario, así conseguido, no se mantuvo tras el cambio de Gobierno.

En efecto, el Gobierno socialista acabó viéndose en la necesidad de adoptar medidas extraordinarias y urgentes para tratar de encauzar una difícil situación marcada por el crecimiento desmesurado del gasto, el fuerte déficit presupuestario y el alto endeudamiento en un entorno de grave crisis económica. Esas medidas, articuladas mediante Reales Decretos Leyes en 2010 y 2011, se adoptaron de modo unilateral, resquebrajando así el entendimiento político

En este punto, hay que destacar que, si entre 2003 y 2007 la participación del gasto sanitario en el PIB solo creció dos décimas (de 5,5 paso a 5,7), luego, en plena crisis económica, dicho gasto llegó a situarse en el 6,7%. Ahora bien, el problema no fue tanto el montante del gasto sanitario, sino, sobre todo, la falta de financiación para hacerle frente. En 2011 el déficit presupuestario llegaría a alcanzar los 7.947 millones de euros, cuando en 2003 era de 372 millones.

Para corregir la situación, además de los Reales Decretos Leyes, el Gobierno promovió acuerdos con las Comunidades Autónomas en el seno del Consejo Interterritorial. Se trataba de racionalizar el gasto sanitario consensuando algunos compromisos. Pero los acuerdos, aprobados el 18 de Marzo de 2010, en la práctica, aportaron poco a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y ello porque las Comunidades Autónomas optaron por impulsar medidas de ahorro dispersas y heterogéneas. Lamentablemente algunas de estas medidas han acabado afectando al contenido de las prestaciones sanitarias y generando desigualdades territoriales en perjuicio de los pacientes.

Al advenimiento del nuevo Gobierno del Partido Popular se hizo preciso hacer frente a una deuda de 16.000 millones de euros y a atender exigencias comunitarias en orden a llevar a cabo reformas estructurales.

Como respuestas a estos problemas se aprobó el Fondo de Liquidez Autonómico y el Real Decreto Ley 16/2012. Si el primero fue muy bien recibido, no cabe decir lo mismo del segundo, ya que desde el principio se ha visto envuelto en la polémica.

Es cierto que, con más o menos matices, una parte de los criterios a los que responde el citado Real Decreto Ley 16/2012, han tenido buena acogida (p.ej, exención de copago por medicamentos a los parados y nuevo copago farmacéutico en función de la renta), otras de sus medidas han cosechado críticas continuas por parte de la oposición. Este es el caso de la formulación jurídica del principio de universalidad.

En este punto hay que señalar que no faltan quienes afirman que la universalidad de la asistencia sanitaria pública fue reconocida en 2003 por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y que este principio lo rompió el Real Decreto 16/2012.

Pero lo cierto es:

-que el repetido principio fue establecido en 1986 por la Ley General de Sanidad, pero de modo condicionado a las posibilidades económicas del sistema sanitario público y
-que todavía en 2011 la disposición adicional sexta de la Ley General de Salud Pública hace depender la extensión de la asistencia sanitaria pública a la " situación de las cuentas públicas".

En cualquier caso, sería importante que la universalidad no monopolizase el debate sanitario y que se defendiera con similar ahínco otro principio básico, establecido por la Ley General de Sanidad: el principio de igualdad en todo el territorio español.

Se trata de un principio que tiene sus raíces en los artículos 14 y 139 de nuestra Constitución.

Ese principio de igualdad lo desarrollan los artículos 3.2 y 16 de la Ley General de Sanidad, siendo luego ratificado en el artículo 23 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Pues bien, pese a la claridad de estos mandatos constitucionales y legales, a día de hoy son patentes los problemas de desigualdad en la asistencia sanitaria.

Ante ellos se han posicionado los Tribunales Superiores de Justicia, el Tribunal Supremo y el propio Tribunal Constitucional, entre cuyas Sentencias destaca la 98/2004.

No obstante su importancia, hasta ahora, el Consejo Interterritorial no ha entrado con suficiente intensidad en la solución de este problema.

Pero no es único, porque ante los partidos políticos, ante los agentes sociales y profesionales, ante el Consejo Interterritorial y ante los ojos de los ciudadanos aparece pendiente una agenda con importantes cuestiones; cuestiones que requieren trabajo en común y capacidad de acuerdo.

En este punto, me parece de justicia destacar que, aún en estas últimas etapas políticas, marcadas por el disenso sanitario, no han faltado algunos intentos para tender puentes al entendimiento, en el Parlamento y fuera de él..

Tales intentos se llevaron a cabo en 2010 y 2013 y, aunque fueron efímeros, sirvieron para poner, una vez más, sobre la mesa el objetivo de alcanzar el siempre deseado Pacto de Estado por la Sanidad.



Habrá que seguir intentándolo. Así lo demanda la necesidad de garantizar la sostenibilidad y el futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud, que es patrimonio común de los ciudadanos y pieza esencial de nuestro Estado del Bienestar. Es muy probable que para lograr este objetivo no baste con los instrumentos que nos ofrece la Ley General de Sanidad. No faltan incluso quienes abogan por el borrón y cuenta nueva, porque, según ellos, la Ley se nos ha quedado "vieja" y, por tanto, debería derogarse.

Es evidente que en algunos puntos la Ley General de Sanidad no cuenta con herramientas adecuadas para dar respuesta al nuevo paradigma sanitario (cronicidad, envejecimiento demográfico y cuidados de larga duración), pero también lo es que sus principios básicos, fundados en nuestra Constitución, siguen siendo válidos, aunque su formulación admita mejoras. Parecería, pues, que, en lugar de derogarla, sería preferible actualizarla.

Derogar la Ley abriría un escenario de incertidumbre institucional en una materia tan sensible como es la Sanidad. No parece aceptable asumir el riesgo de desestabilizar nuestro sistema sanitario público. Probablemente, bastaría con pactar entre las fuerzas políticas y los agentes del sector sanitario una Ley complementaria de actualización y modernización. Esta Ley complementaria, que habría de sintonizar con el Plan de Trabajo que para los sistemas sanitarios aprobó en 2014 la Comisión Europea, debería ofrecer nuevos instrumentos para:

- **Adecuar la organización de la Sanidad al cambio de paradigma asistencial, poniendo el acento en la atención integral y continuada**
- **Reformar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, potenciando el papel del Consejo Interterritorial**
- **Reformar el modelo de financiación, buscando un punto de equilibrio entre la suficiencia y la eficiencia.**
- **Fortalecer las políticas de recursos humanos, su estabilidad, formación y motivación**
- **Evaluar la calidad y el rendimiento del sistema sanitario**
- **Hacerlo más transparente**
- **Mejorar la calidad de la información, que es clave para las decisiones estratégicas.**
- **Generalizar la "e-salud"**
- **Reformar la contratación pública en línea con las Directivas comunitarias**
- **Actualizar el modelo de colaboración público-privada**
- **Implantar la coordinación sociosanitaria**
- **Garantizar la equidad y la igualdad efectiva en el acceso a servicios y prestaciones,**
- **Ampliar la participación y mejorar la formación e información de los pacientes y sus asociaciones**
- **Seguir avanzando en investigación e innovación biomédica, recuperando el Instituto de Salud Carlos III para el SNS.**

Para semejante agenda reformadora hace falta tomar como base un Pacto, similar al Pacto de Toledo; un Pacto que contribuya a hacer realidad la igualdad, la humanización y la calidad asistencial dentro de un sistema sanitario sostenible

Ojalá que de la necesidad hagamos virtud y, por fin, entre todos, consigamos el Pacto sanitario y, con el, una Sanidad renovada, a la altura de lo que demandan y esperan los ciudadanos."