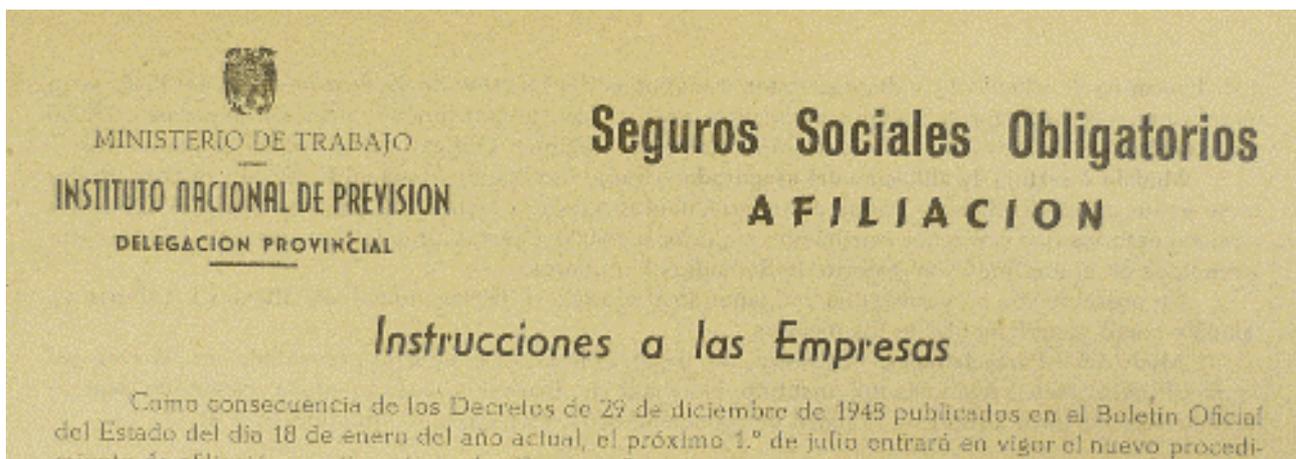


Este capítulo se publica bajo Licencia [Creative Commons BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

Tema 2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.

Evolución histórica: de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud

El primer gran instrumento para la protección social en España apareció en 1908 con la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP), por la que la asistencia sanitaria entra a formar parte de dicha protección y de aquí surge, en el marco de un modelo de *seguros obligatorios de enfermedad*, en nuestro país el llamado Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) creado en 1942. De esta forma en los años cuarenta, el sistema sanitario asistencial se concibe, en consecuencia, de forma estratificada en tres niveles: beneficencia, asistencia privada y un nicho, el SOE, que, sin embargo, acabaría convirtiéndose en el sistema mayoritario en pocos años.



La creación del SOE tuvo una importancia clave en el desarrollo de la asistencia sanitaria en España, ya que acabó imponiéndose como el sistema hegemónico de la sanidad, desplazando al resto de los sistemas de cobertura, y su base ideológica y esquema organizativo se han perpetuado, a pesar de los sucesivos intentos de reforma realizados (Sevilla 2006).

El final de la década de los años cincuenta del pasado siglo, va a ser clave para la protección social

y la asistencia sanitaria en España, al igual que lo fue en otros muchos sectores de la vida nacional. El INP asumió en 1957 la realización del Plan Nacional de Seguridad Social, que daría lugar al proyecto de Ley de Bases de la Seguridad Social y, en definitiva, a la propia Seguridad Social.

La Ley de Bases de la Seguridad Social, en vigor desde enero de 1967, tenía como uno de sus principios organizativos la unidad, a pesar de lo cual consolidó la fragmentación del sistema previo de protección social.

En sus inicios y a diferencia de otros modelos europeos que se limitaban a financiar en distinta medida cada acto sanitario que recibían sus beneficiarios en centros privados, la Seguridad Social española desarrolla, sobre todo en los años setenta, una extensa red de centros y organizaciones propias de carácter ambulatorio y hospitalario que integra a los médicos que hasta entonces ejercían la profesión de forma liberal, permitiéndose a partir de entonces compatibilizar los dos trabajos. Las organizaciones sanitarias se configuraron entonces basándose en el principio de jerarquía, sometidas a Derecho Público en todos sus ámbitos y sujetas a un fuerte proceso de centralización en su toma de decisiones. Un claro ejemplo de burocracia profesional. Su ámbito de regulación laboral adoptó una forma peculiar y específica: el estatuto marco.

Con la transición democrática, la Constitución Española y la Ley General de Sanidad se inicia el proceso de transformación de un Sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud pero sin realizar modificaciones significativas en la regulación de los Centros Sanitarios.



La **Constitución de 1978**, además de establecer el derecho a la protección de la salud de todos los españoles, conformó el Estado como un Estado de las Autonomías, en el que consideró competencias de la Administración General del Estado las de Seguridad Social, mientras que atribuía a las comunidades autónomas (CC AA) las relacionadas con la sanidad nacional. De esta forma se pusieron las bases para un sistema sanitario descentralizado políticamente.

Por un lado, las materias de salud pública, planificación sanitaria y servicios asistenciales de la sanidad nacional pasaron a ser competencia de las CC AA por mandato constitucional.

Por otro, en materia de ASSS se iniciaron las transferencias como consecuencia de la construcción del Estado autonómico. Así, en 1981 se transfirió a Cataluña la organización y gestión de la ASSS con la creación del Instituto Catalán de la Salud como entidad gestora de la Seguridad Social para su ámbito territorial, abriendo el camino para la transferencia a todas las CC AA.

La **Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril**, en desarrollo del mandato constitucional, fue el resultado de un amplio consenso social tras largos debates políticos que apostaba por una sanidad del futuro propia de un Estado social y democrático de Derecho. La Ley abrió las puertas a la reforma sanitaria, partiendo de una concepción integral de la atención a la salud que comprende tanto las tareas de salud pública como las de asistencia sanitaria propiamente dicha. Durante los años siguientes, en paralelo al desarrollo del proceso de descentralización, se llevaron a cabo importantes inversiones para la transformación de los antiguos ambulatorios en modernos centros de salud que integraban los nuevos equipos de profesionales que iban a prestar dicha atención en el marco geográfico de las también nuevas zonas de salud.

Pero quizás sea la creación del Sistema Nacional de Salud, la principal característica del entonces nuevo sistema sanitario creado al amparo de dicha ley. A partir de entonces su organización gira en torno él. El Sistema Nacional de Salud se define como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y los servicios presta la Administración del Estado que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Carece de personalidad jurídica propia en torno a la que se vertebra la idea de sistema, más allá de la suma de las actuaciones de los distintos servicios de salud y de los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial del SNS. Éste es, en realidad, su único órgano visible. La experiencia de más de diez años de haberse completado la transferencia de competencias en materia sanitaria al total de las Comunidades Autónomas arroja algunas sombras a esta indefinición de funciones creada por este modelo organizativo. Hay margen para mejorar la coordinación, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud de las comunidades ya que estos no

dejan de ser interdependientes en aspectos fundamentales, ya que comparten el objetivo común de garantizar a los ciudadanos la equidad, la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios.

Por lo demás el SNS se asienta sobre los principios de universalidad en el acceso, descentralización en la gestión, equidad en el acceso a los servicios y prestaciones, financiación pública y participación social.

Universalidad

La generalización del derecho a la cobertura sanitaria pública y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud figuran entre los logros más importantes del proceso de desarrollo y expansión del Estado del Bienestar en España. La sanidad pública constituye una pieza fundamental del entramado de la protección social, desempeñando un papel decisivo como vector de cohesión social y de compensación de desigualdades económicas.

La LGS preveía la extensión de la cobertura pública a las personas sin recursos pero no fue hasta el año 1989 cuando se concretó esa posibilidad y se establecieron sus condiciones. Cuantitativamente supuso pasar de un nivel de cobertura del 82% al 93,4%. Un paso más fue extender la cobertura a todos los extranjeros que estén en España, independientemente de su situación administrativa, siempre que estén empadronados y cumplan con los requisitos de residentes.

Sin embargo, pese a la práctica universalización de hecho de la cobertura sanitaria, el mantenimiento de la configuración legal originaria ha dado lugar a la subsistencia de colectivos excluidos del sistema sanitario público. El SNS no sustituyó a la Seguridad Social como nueva forma de organizar la protección de la salud, sino que se superpuso a ella. Es decir, mantiene la atención sanitaria como una prestación de Seguridad Social, pero la complejidad legislativa derivada de la creación del SNS y su evolución aconsejaron al legislador la prudencia de no “refundir”, en ningún sentido, la legislación referente a la sanidad.

De esta manera, se consagra en la práctica un sistema de una gran complejidad que ha persistido, sin grandes contradicciones aparentes, debido a la extensión de la asistencia sanitaria, que da cobertura idéntica tanto al Régimen General de la Seguridad Social como a los regímenes especiales, con una extensión de alrededor del 95% de la población, y que constituyen, en la práctica, el colectivo sobre el que desarrolla sus actuaciones el SNS.

Descentralización

El mayor cambio que ha experimentado la sanidad española en las dos últimas décadas es la generalización de las transferencias sanitarias a las CCAA.

El proceso de descentralización de las competencias sanitarias se inició en 1981, con el traspaso de su gestión a Cataluña. En esta primera etapa, que se prolongaría hasta 1993, difícilmente puede hablarse de un único «sistema», pues se caracterizó por la heterogeneidad de los mecanismos y criterios de financiación empleados para cada una de las comunidades que fueron asumiendo tales competencias. Dicha heterogeneidad se plasmó en la utilización de diferentes criterios de reparto de los recursos (coste efectivo, población de derecho, población protegida, índice de imputación), fuertemente dependientes del proceso de negociación política, una de cuyas principales consecuencias fue la insuficiencia crónica de los recursos asignados, lo que llevó a que el sistema de financiación fuera sometido a constantes críticas.

La segunda etapa en la descentralización de los servicios sanitarios se inició con el acuerdo alcanzado en 1994 en el seno del Consejo de Política Fiscal. Se incorporó una cierta homogeneización en los criterios de reparto, y se vinculó la evolución de los recursos a repartir a la evolución del PIB, con el objeto de amortiguar la insuficiencia presupuestaria estructural que había caracterizado al período anterior. No obstante, de nuevo quedaron algunas cuestiones pendientes, como la concreción de un mecanismo de compensación entre comunidades por los flujos interterritoriales de pacientes.

El Acuerdo de financiación de la sanidad para el período 1998- 2001, alcanzado en 1997, continuó sin resolver algunas de estas cuestiones. El aspecto más discutible del acuerdo fue, una vez más, el criterio de reparto de los recursos entre comunidades, al explicitar únicamente el referido al Fondo General, que se distribuiría de acuerdo con la población protegida.

A la luz de cómo se ha desenvuelto, en estas tres etapas, el proceso de transferencia de las competencias sanitarias y de su financiación, puede afirmarse que ha existido una evidente contradicción entre el contenido del criterio de equidad que, en principio, debe informar el funcionamiento de la sanidad pública en nuestro país, y el criterio redistributivo empleado para financiar los servicios traspasados a las comunidades autónomas.

El 27 de julio de 2001 se aprobaba, en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, el nuevo Acuerdo de Financiación de las comunidades autónomas de régimen común, en vigor desde enero de 2002, y que supuso cambios significativos para la financiación de la sanidad autonómica, al tiempo que sirvieron para acelerar el proceso de transferencia de esa competencia hacia las once comunidades que aún no habían asumido su gestión.

El nuevo modelo presenta como principal novedad respecto de los anteriores acuerdos el que la sanidad pasa a integrarse en el sistema general de financiación autonómica, rompiendo de esta forma la tradicional separación entre la financiación de los servicios transferidos y la de un servicio considerado como básico para el sostenimiento de un estado de bienestar y para la vertebración del Estado. Al mismo tiempo, se introducen ciertas novedades en los criterios de reparto y en el origen de los recursos financieros destinados a la sanidad (ajuste por edad, insularidad, asignaciones de nivelación, e incremento de la corresponsabilidad fiscal de las comunidades autónomas) que implican un cierto avance en el cumplimiento del principio programático de equidad en el acceso, recogido en la Ley General de Sanidad de 1986.

En resumen, durante las dos últimas décadas, los gobiernos han descentralizado responsabilidades fiscales, políticas y administrativas a gobiernos regionales o locales elegidos democráticamente, como parte misma de los procesos de reforma sanitaria. Se han creado de este modo gobiernos subcentrales sólidos, con poder y recursos suficientes como para realizar una gestión efectiva del sistema sanitario sobre unas nuevas bases. A dicha secuencia se incorpora hoy día la discusión acerca de la necesidad de una nueva coordinación sanitaria a través de reformas de segunda generación.

Propuestas de mejora para el futuro

Dentro del marco del **Consejo Interterritorial**, el acuerdo de marzo de 2010 ha sido considerado como un ejemplo de cooperación en el marco de la descentralización.

En el contexto de una crisis económica de gran calado, con medidas de política fiscal regresivas poniendo en serio riesgo la financiación de las políticas públicas, se elaboró una estrategia común planteando acciones y medidas que asegurasen la calidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS. Entre otras, son:

- Extender la historia clínica digital común.
- Establecer medidas de contención del gasto farmacéutico.
- Fomentar la responsabilidad de los pacientes y la ciudadanía en la gestión de su propia salud y en la utilización de los servicios sanitarios para moderar la presión asistencial.
- Avanzar en criterios comunes para las retribuciones del personal sanitario, desarrollar estudios de necesidades, establecer un sistema común de planificación y un registro de profesionales.

- Ofrecer mecanismos para compras concertadas.
- Fortalecer los sistemas de información común.
- Estudiar medidas que permitan el incremento finalista de recursos al SNS, y potenciar el Fondo de Cohesión Sanitaria.
- Elaborar una estrategia común para pacientes crónicos.
- Reforzar el papel de evaluación de tecnologías sanitarias para garantizar criterios de seguridad y coste- efectividad en la autorización de nuevas prestaciones y en la utilización de las mismas.

Este acuerdo permite, a priori, avanzar en estos temas, generar un discurso de cooperación inteligente y señalar un camino para avanzar.