

# EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD COMO SISTEMA: REALIDAD Y CARENCIAS

*Elsa Marina Alvarez González*  
Profesora de Derecho Administrativo, Facultad de Derecho,  
Universidad de Málaga

## I. Introducción

Siendo la satisfacción del derecho a la salud mediante la provisión pública de los correspondientes servicios sanitarios una característica estructural del Estado del bienestar, en él y con carácter general, el derecho a la asistencia sanitaria puede articularse, bien a través de la Seguridad Social –con la extensión de ésta a las prestaciones sanitarias–, o bien mediante la creación de una estructura “ad hoc”, un Servicio Nacional de Salud, cuyo ejemplo más significativo es el *National Health Service* inglés creado en 1948.

Nuestro país, que llegó tarde a la construcción del Estado del bienestar, implantado en los países europeos al final de la Segunda Guerra Mundial, optó en un primer momento por articular la asistencia sanitaria a través de la Seguridad Social. Ésta surgió con la creación de los distintos seguros sociales a finales del siglo XIX y principios del XX, y se fue desarrollando y consolidando a lo largo de éste para culminar con el reconocimiento en la Constitución<sup>1</sup> del derecho a la protección de la salud con carácter universal y con la ampliación progresiva del ámbito subjetivo de cobertura de las prestaciones sanitarias públicas a través de diferentes disposicio-

nes legales<sup>2</sup>, rompiéndose así el principio contributivo en el que hasta entonces descansaba todo el sistema.

Pero en paralelo a esta expansión del sistema de prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, y ante la inexistencia de una estructura y organización del sistema sanitario público capaz en su conjunto de responder a la situación creada, tiene lugar al tiempo una puesta en cuestión del mismo que fragua en 1986 con la creación del Sistema Nacional de Salud. Esta es precisamente la innovación fundamental de la Ley General de Sanidad promulgada ese año, que

---

<sup>2</sup> Entre ellas, podemos destacar la Ley 5/1979, de 21 de junio, y la Orden Ministerial de 27 de enero de 1981, que reconocen el derecho a la asistencia sanitaria a las viudas y familiares de los fallecidos como consecuencia de la Guerra Civil; la Orden Ministerial de 18 de febrero de 1981, que lo hace para los trabajadores emigrantes retornados a España; la Ley 13/1982, de 7 de abril, para los minusválidos con independencia de que desarrollen o no una actividad laboral; la Ley 31/1984, de 2 de agosto, para los desempleados aunque no perciban prestaciones periódicas por desempleo; o la Ley 37/1988, de 29 de diciembre, (art.54) para los pensionistas de clases pasivas. A estas disposiciones habría que añadir, ya en una etapa posterior, la Ley General de Sanidad de 1986 (arts. 79.1b) y 80) y el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, que reconoce dicho derecho a las personas que carecen de un nivel mínimo de recursos económicos; la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, que lo hace a los perceptores de prestaciones no contributivas; la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niño (art. 24) y la LO 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor (art. 10.3), que inciden sobre el derecho a la asistencia sanitaria de los menores de edad; y la LO 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (art. 12), que establece la prestación de asistencia sanitaria a este colectivo.

---

<sup>1</sup> Artículo 43 de la CE.

crea el Sistema Nacional de Salud integrando en él la asistencia sanitaria hasta entonces soportada por la Seguridad Social<sup>3</sup>.

Desde su creación en 1986 el Sistema Nacional de Salud se concibió como un verdadero sistema integrador tanto de todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud como de las diferentes funciones y prestaciones sanitarias necesarias para garantizar el derecho a la protección de la salud. Pero el hecho de que dicho modelo de Sistema Nacional de Salud tuviera que construirse al mismo tiempo que la propia implantación del Estado de las Autonomías no pudo menos que afectar a su configuración efectiva, con el resultado de una obligada construcción progresiva de dicho Sistema.

En todo caso, una vez asumidas las competencias en materia de asistencia sanitaria por todas las Comunidades Autónomas en diciembre de 2001, puede afirmarse que el Sistema Nacional de Salud está ya completamente descentralizado. En ese sentido, la gestión de la asistencia sanitaria ha dejado ya de estar a cargo de la Seguridad Social a través del INSALUD (organismo estatal extinguido y sustituido hoy por el residual, también estatal, INGESA) y los sistemas públicos de cobertura sanitaria, básicamente los Servicios de Salud de todas las Comunidades Autónomas, quedan ya integrados en el Sistema Nacional de Salud. Lo que no obsta para que la organización de éste, dada su estructura descentralizada, se haya resentido y se resienta todavía hoy de muchas disfunciones derivadas de esa propia estructura. Porque un Sistema Nacional de Salud así descentralizado, en 17 Comunidades Autónomas, cada una con su respectivo Servicio de Salud, que aparecen como los auténticos protagonistas directos de la asistencia sanitaria pública, requiere de la puesta en práctica de unas técnicas de coordinación y supervisión del funcionamiento del entero Sistema.

Tales funciones de coordinación y supervisión quedan legalmente atribuidas a la Administración

---

<sup>3</sup> Sobre la evolución del Sistema de Seguridad Social hacia el Sistema Nacional de Salud véase PEMÁN GAVÍN, J. "Del Seguro Obligatorio de Enfermedad al Sistema Nacional de Salud. El cambio en la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto del siglo XX". Revista Aragonesa de Administración Pública, núm.13, 1998.

General del Estado como regulador básico y coordinador general del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, el proceso de implantación progresiva —y al tiempo el de su descentralización— del Sistema ha hecho que la Administración estatal haya centrado su atención de manera casi exclusiva en la prestación de la asistencia sanitaria a cargo del INSALUD en aquellas Comunidades Autónomas que aún no habían asumido las competencias en materia de asistencia sanitaria, y sin que la terminación del proceso de descentralización sanitaria en diciembre de 2001 y la constitución por todas las Comunidades Autónomas de sus propios Servicios de Salud, haya incidido en la necesaria inflexión del papel de la Administración General de Estado hacia sus verdaderas funciones en un Sistema Nacional de Salud definitivamente implantado y al amparo de las técnicas instituidas por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, promulgada bajo ese propósito de la necesaria cohesión del Sistema.

No parece, sin embargo, que tras la implantación definitiva del Sistema Nacional de Salud y la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad los necesarios instrumentos de coordinación y supervisión sanitaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud ofrezcan la suficiente operatividad para el logro de un Sistema Nacional de Salud cohesionado, armónico y solidario. Por lo que parece oportuno reflexionar sobre si no serán las insuficiencias de la configuración organizativa del Sistema Nacional de Salud como sistema descentralizado las que impiden esa operatividad.

Conviene en todo caso, y como necesario antecedente, evocar como el Sistema Nacional de Salud se configuró de modo progresivo.

## **II. La configuración progresiva del Sistema Nacional de Salud**

### ***1.- La institucionalización del Sistema Nacional de Salud por la Ley General de Sanidad de 1986 y las propuestas de reforma en la década de 1990***

El Sistema Nacional de Salud se define por la Ley General de Sanidad de 1986 como el conjunto

de los Servicios de Salud de la Administración General de Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades

*Autónomas*<sup>4</sup>. Se trata, pues, en suma de un modelo organizativo basado en la integración de todos los servicios sanitarios públicos y la distribución de las correspondientes funciones y responsabilidades entre las distintas Administraciones públicas sanitarias implicadas.

Se pretendía así, por un lado, superar las disfuncionalidades de la etapa anterior integrando los servicios sanitarios en una organización específica distinta de la Seguridad Social, y, por otro, hacerlo en términos acordes con el diseño constitucional del Estado de las Autonomías. En todo caso, la acción pública sanitaria se articula, en ese nuevo contexto necesariamente descentralizado, desde una concepción integral de la sanidad, y que haga compatible el ejercicio de las competencias de las Comunidades Autónomas con la existencia de un único sistema sanitario público que garantice el derecho a la protección de la salud en condiciones igualitarias en todo el territorio nacional. Esa dimensión organizativa constituye en esencia el núcleo del Sistema Nacional de Salud a implantar.

Ahora bien, y como ya hemos apuntado, el hecho de que la institucionalización del Sistema Nacional de Salud en 1986 se produjera en un momento en que las Comunidades Autónomas que accedieron a su autonomía por la vía del artículo 143 de la CE, todavía no habían asumido en sus respectivos Estatutos las competencias en materia de asistencia sanitaria, hizo necesario que el legislador estableciera que esa efectiva implantación del Sistema Nacional de Salud tuviera lugar de manera progresiva<sup>5</sup>. Mien-

tras tanto la gestión de la asistencia sanitaria continuaría estando a cargo de la Seguridad Social (a través del INSALUD), y sin que, por tanto, el Sistema Nacional de Salud, como tal, integrara todavía todos y cada uno de los distintos sistemas públicos – autonómicos- de cobertura sanitaria.

Es precisamente esta implantación progresiva del Sistema Nacional de Salud, y la consecuente convivencia transitoria de ambos modelos sanitarios (el de Seguridad Social y el de Sistema Nacional de Salud), con las disfunciones que esa dualidad provocaba, lo que dio lugar a que en la década de 1990 se ofrecieran diversas propuestas sobre la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en construcción tendentes a que éste se orientara hacia esquemas de mejor funcionalidad y eficiencia. Las previsiones de la Ley General de Sanidad de 1986 son así, y con tan sólo cinco años de vigencia de aquélla, puestas en tela de juicio con el objetivo de proceder a la revisión y adaptación del Sistema sanitario público<sup>6</sup>.

1.1 El Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud<sup>7</sup> (Comisión Abril) de 1991

El 13 de febrero de 1990 el Pleno del Congreso de los Diputados aprueba una proposición no de ley en la que se insta al Gobierno para que “promueva la constitución por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de una Comisión para el análisis, evaluación y propuesta de mejora del Sistema Nacional de Salud”.

Creada dicha Comisión el 4 de junio de 1990, su Informe, presentado en julio de 1991, comenzaba reconociendo que la organización de los servicios

<sup>4</sup> Artículo 44.2 de la Ley General de Sanidad.

<sup>5</sup> En efecto, la Disposición Adicional Sexta de la Ley General de Sanidad disponía que los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarían integrados en el Servicio de Salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma hubiese asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con su Estatuto. En los restantes casos, la red sanitaria de la Seguridad Social se coordinaría con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma; la Disposición Transitoria Primera establecía que las Corporaciones Locales que dispusieran de servicios y establecimientos sanitarios que llevaran a cabo actuaciones que en la Ley General de Sanidad se adscriben a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, establecerán de

*mutuo acuerdo con los Gobiernos de las mismas un proceso de transferencia de los mismos; la Disposición Transitoria Tercera permitía la subsistencia del INSALUD en tanto no se culminase el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia, y la Disposición Final Segunda, por su parte, obligaba al Gobierno a la armonización y refundición de las normas recogidas en la misma hasta que los sistemas públicos de cobertura sanitaria quedaran integrados en el Sistema Nacional de Salud.*

<sup>6</sup> Esa misma necesidad también se originó en otros países europeos como Holanda, Reino Unido y Suecia.

<sup>7</sup> Este Informe es comúnmente conocido como el Informe de la Comisión Abril, por el apellido del presidente de la Comisión, Don Fernando Abril Martorell.

sanitarios públicos había propiciado una fuerte mejora de la salud de la población, pues contaba con un dispositivo público de servicios y prestaciones de los más extensos del mundo, que cubrían a la mayor parte de la población española. De ahí que se pronunciase sobre la necesidad de mantener el Sistema Nacional de Salud<sup>8</sup>. Pero, en lo que especialmente nos interesa, auspiciaba su oportuna reforma<sup>9</sup> sobre la base de estas propuestas o recomendaciones<sup>10</sup>:

1. En cuanto a la organización sanitaria, la necesidad, una vez se completara el proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud con la puesta en marcha de servicios regionales de salud en todas las Comunidades Autónomas, de *establecer una "Dirección Estratégica de Política de Salud" para el conjunto del sistema*, lo que requería a su vez la *potenciación* de las funciones del *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*, así como la ampliación de sus cometidos de coordinación y comunicación.

2. La introducción progresiva, por lo que respecta a las estructuras de gestión, de la *separación entre las funciones de financiación y compra de servicios sanitarios y las de gestión y provisión*. Pues esa acumulación de funciones contrapuestas –como sucedía en el INSALUD– impedía responsabilizar a un conjunto más numeroso de actores, y producía una gestión exageradamente centralizada con escasa o nula delegación de responsabilidades, y la adopción por el *Sistema Nacional de Salud de formas jurídicas*

*más adecuadas –más allá de las de Derecho público– para promover la responsabilidad y eficacia de la gestión, partiendo de la base de que el servicio público no está determinado por la forma jurídica en que se organiza, sino básicamente por la naturaleza de la función.*

3. En cuanto a la posición del sector privado en relación con el servicio público, la Comisión, partiendo de los *costes inferiores que la gestión privada de las prestaciones públicas* revelaba respecto a las gestionadas por formas organizativas de carácter público, proponía una profundización en su *complementariedad*.

4. Proponía, en cuanto a los métodos de gestión, *medidas conducentes a la mayor eficiencia, agilidad, racionalidad y eficacia* de la información, facturación, preparación y utilización de los recursos humanos, tecnología, contratación y relaciones externas.

5. La Comisión, que preveía un *notable crecimiento del gasto sanitario*<sup>11</sup>, esbozaba como *alternativas para afrontarlo la restricción de las prestaciones, delimitarlas o establecer un régimen de precios*, y optaba por la *delimitación de las prestaciones*, las básicas (las que forman parte de los fundamentos del sistema de convivencia y deben ser financiadas mayoritariamente por el sector público con una participación reducida de los usuarios), y las complementarias (que, distintas a su vez, de las prestaciones libres u opcionales– serían pagadas en gran parte por los usuarios) por su carácter flexible además de compatible con el establecimiento de un sistema de precios.

6. Con respecto a la financiación sanitaria, *destacaba que la financiación debía ser cubierta por el Estado y por la Seguridad Social, fundamentalmente por el primero vía tributaria*, más la participación del usuario en el coste de las prestaciones básicas, con las excepciones que la equidad hiciera necesarias como fuente adicional de financiación.

7. En cuanto a la organización del sistema, el Informe recomendaba *la reforma de las Áreas de Sa-*

<sup>8</sup> Y ello, por estimar que "la raíz de solidaridad que lo nutre constituye un pilar esencial del Estado de Bienestar y forma parte importante del pacto social en el que se asienta la convivencia pacífica". Además, insiste el Informe en que "las mejoras que se proponen, y las que puedan producirse en el futuro nunca pueden afectar al núcleo básico de equidad y solidaridad que constituye la médula del sistema".

<sup>9</sup> El Informe declaraba como propósitos generales de las medidas de reforma: a) Alcanzar un mayor grado de responsabilidad de los gestores del sistema para lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales; b) Crear las bases para que el sistema pueda funcionar con mayor satisfacción subjetiva de los usuarios y permita mayores grados de libertad de elección; c) Promover una "conciencia de coste de los servicios"; d) Suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse flexible y autónomamente en su gasto a las autorizaciones presupuestarias, y e) Obtener el mayor grado de participación activa, vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario.

<sup>10</sup> Vid. MUÑOZ MACHADO, S. *La formación y crisis de los sistemas sanitarios públicos*. Alianza editorial, Madrid, 1995.

<sup>11</sup> Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe y Recomendaciones*. Madrid, 1991. El Informe sitúa el crecimiento del gasto sanitario en un 8,3 por ciento del PIB.

lud, propugnando la existencia de áreas de mayor tamaño, aunque dentro del límite provincial, y remodeladas en sus funciones (mantener los aspectos de administración del presupuesto de asistencia sanitaria y la financiación, pero dejando al margen los aspectos de la gestión de asistencia sanitaria); una separación tajante de los presupuestos de asistencia sanitaria y los de prevención y promoción de la salud pública; y la transformación para agilizar la gestión de los servicios hospitalarios, de los hospitales y otros centros de servicios sanitarios en sociedades anónimas sujetas al Derecho privado. La Comisión aconsejaba que el cambio organizativo propuesto se realizara de forma paulatina, ya que se necesitaban cambios profundos de carácter estructural, modificaciones y adaptaciones del marco normativo, en la asignación de recursos, así como en la regulación laboral, que debían realizarse sin merma de los derechos básicos adquiridos.

En todo caso, la visión negativa que sobre la sanidad pública transmitía el Informe Abril y, sobre todo, los desafortunados debates que prosiguieron a su publicación, no contribuyeron a hacer viables de inmediato el conjunto de los cambios propuestos. Aún así, el Informe sigue siendo considerado por los expertos, pese a la escasa aplicación práctica que han tenido sus recomendaciones, como uno de los textos más influyentes de la política sanitaria española. Es más, incluso hay quien<sup>12</sup> ha defendido la vigencia actual de su contenido, asegurando que inspiró muchas de las medidas que se recogían en el proyecto de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003.

### 1.2 El Informe de la Subcomisión parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997

Unos años después del Informe Abril de 1991, las autoridades sanitarias creen necesaria una nueva reflexión sobre los problemas del sistema sanitario español. Y así, en efecto, en 1997 se crea la Subcomisión para la modernización y consolidación del

Sistema Nacional de Salud, cuyas propuestas pueden resumirse como sigue.

1. Con respecto al aseguramiento sanitario público, la Subcomisión proponía, la necesidad de realizar una reforma legal que permitiera definir el *derecho a la asistencia sanitaria como derecho público subjetivo, personal y no contributivo*, que garantizara la *igualdad*, tanto en el contenido del derecho como en el acceso a los servicios sanitarios, así como la *universalidad* efectiva del mismo, extendiéndolo a todos los grupos sociales, y *desvinculándolo de los regímenes de la Seguridad Social*. En este sentido, consideraba necesario *ordenar las prestaciones sanitarias*, así como poner a disposición de los ciudadanos unas *Cartas de Servicios sanitarios* que tradujeran a lenguaje no tecnificado los contenidos de los catálogos de prestaciones (precisando cuáles son las prestaciones a que tiene derecho el usuario y qué mecanismos pueden arbitrase para exigir las).

2. La Subcomisión recomendaba, de otra parte, en cuanto a la *garantía de los tiempos de espera*, la constitución, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de una *Comisión de prioridades*, encargada de indicar, para aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se considerasen prioritarios por resolver o paliar situaciones de incapacidad, de especial gravedad y/o urgencia, o condicionar graves penalidades o sufrimientos, tiempos máximos de espera, superados los cuales el paciente tendría derecho a ser inmediatamente asistido en el centro donde determine el correspondiente Servicio de Salud; la impulsión, en coordinación con los responsables de la política social, de iniciativas para la *asistencia sociosanitaria*; y el establecimiento de fórmulas para *racionalizar la prestación farmacéutica*.

3. Con respecto a la *financiación sanitaria*, la Subcomisión proponía –para asegurar un marco financiero estable y garantizar la suficiencia y la equidad en la distribución territorial– mantener el criterio de población protegida, hacer posible las transferencias pendientes, y considerar a largo plazo la integración y *homologación progresiva de la sanidad en la financiación autonómica*.

<sup>12</sup> Lluís Boñigas, director general de Planificación de la Fundación Fernando Abril Martorell, en el encuentro celebrado para analizar la influencia del llamado Informe Abril, once años después de su publicación. Vid. *Revista Diario Médico*, de 28 de noviembre de 2002.

4. En el apartado de organización y gestión, el Informe recogía en primer lugar, la necesidad de *orientar la provisión de servicios a las necesidades de salud reales y prioritarias* de la sociedad, a partir de la identificación de las mismas *a través de los planes de salud de cada Comunidad Autónoma*. Por otro lado, entendía que la modernización organizativa del Sistema Nacional de Salud exigía racionalizar los programas de gasto sanitario público, adoptar *modos organizativos y sistemas de pago sanitario público, que fomentaran la eficiencia* y la responsabilidad sobre actuaciones y resultados, y procurar *altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados*.

5. Por último, en cuanto a la coordinación territorial, la Subcomisión se pronunciaba sobre la necesidad de *completar la descentralización sanitaria para, una vez culminado el proceso de transferencias, redefinir la función de coordinación que corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo*. En un escenario de plena descentralización, la dirección del Sistema Nacional de Salud habría de desarrollarse fundamentalmente en la búsqueda del *consenso y la participación de las Comunidades Autónomas*. Éstas, a su vez, habían de contribuir al mantenimiento de *la identidad común del sistema*, de acuerdo con los principios de lealtad institucional y cooperación recíproca. Con ese objetivo, *el Ministerio deberá potenciar el desarrollo de sus funciones de coordinación principalmente a través del Consejo Interterritorial, y ello más por la vía de generación de valor como unidad central y arbitral del sistema, que a través del ejercicio unilateral de su posición jerárquica* o de sus competencias privativas, a cuyo fin sería imprescindible revisar la configuración normativa del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

### 1.3. Las líneas para el ajuste del Sistema Nacional de Salud

Hay que destacar la *similitud de las recomendaciones* de ambos informes –el Informe Abril de 1991 y el de la Subcomisión Parlamentaria para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997–, y ello, pese a los diferentes motivos que dieron lugar a su respectiva elaboración, y los

distintos criterios para su composición. Mientras la Comisión Abril, aprobada por el Pleno del Parlamento en enero de 1990, estaba constituida por expertos, la Subcomisión de 1997 estaba formada por Diputados de todos los grupos parlamentarios en proporción a su representación en el Congreso de los Diputados. A título de ejemplo, también en 1997 se vuelve a insistir en la necesidad de *transformar la gestión de los centros sanitarios en una gestión empresarial* recomendando la utilización de las diversas fórmulas jurídicas factibles en el ordenamiento jurídico español (reformado al efecto por la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud) y los dos informes se reafirman en la necesidad de *culminar el proceso de descentralización sanitaria y reforzar el papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ordenar “mediante ley” las prestaciones sanitarias*, y separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios.

Por lo demás, la aprobación por el Pleno del Congreso de los Diputados el 17 de diciembre de 1997 del segundo Informe, con más propiedad, del “Acuerdo de la Comisión relativo al informe de la Subcomisión de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud<sup>13</sup>”, aunque no se viera seguida de las reformas que el mismo proponía, sí que informó las actuaciones producidas con posterioridad en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Entre ellas, y como fundamental, la culminación del proceso de descentralización sanitaria a todas las Comunidades Autónomas y la reforma del sistema de financiación sanitaria, en diciembre de 2001, dos extremos que van a determinar un cambio fundamental en la configuración efectiva del Sistema Nacional de Salud realizada hasta el momento.

### **2.- El Sistema Nacional de Salud en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003**

Como decíamos, la Ley General de Sanidad de 1986 anunciaba que una vez terminado el proceso de

---

<sup>13</sup> *Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. 18 de diciembre de 1997, núm.128, págs. 6753-6768.*

traspaso de la asistencia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas, la Administración del Estado sería la encargada de la dirección y coordinación general del Sistema Nacional de Salud, a través de las competencias exclusivas que constitucionalmente tiene reservadas: sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad, legislación sobre productos farmacéuticos y legislación básica de la Seguridad Social. A lo que debe añadirse el ejercicio de la Alta Inspección, no explícito en el texto constitucional, pero contemplado expresamente en todos los Estatutos de Autonomía y en la propia Ley General de Sanidad.

Pues bien, En ese sentido, el comentado proceso culmina con los últimos Reales Decretos de traspasos de servicios, centros y funciones (es decir, los medios materiales y humanos existentes y necesarios para la gestión por las Comunidades Autónomas de la asistencia sanitaria) publicados los días 28 y 29 de diciembre de 2001. Y a partir de ahí, y establecido el nuevo sistema de financiación autonómica por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, la gestión de la asistencia sanitaria por las Comunidades Autónomas, en principio asumida tan sólo por siete, las denominadas históricas, más Andalucía, Canarias, Comunidad Valenciana y Navarra, está ya en manos de todas ellas.

Ante esta circunstancia se aprueba en mayo de 2003 la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, sin duda con el fin de readaptar el Sistema Nacional de Salud a esta nueva realidad. Porque una vez que la asistencia sanitaria es ya competencia efectiva de todas las Comunidades Autónomas, la realidad del sector sanitario iba a ser bien distinta de la que contempló la Ley General de Sanidad de 1986 (para la que la descentralización general aparecía en gran medida sólo como un horizonte de futuro), y asumiendo consecuentemente la cooperación y la coordinación entre las distintas instancias públicas competentes y el Estado, como garante último de la cohesión en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, un papel fundamental.

Bajo tales principios, que junto a la calidad en la atención sanitaria -convertido en los últimos años en el motor de impulso y cambio del sistema- aparecen

como los ejes fundamentales que inspiran la regulación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, trata ésta de reordenar el sistema sanitario, readaptándolo a la nueva situación autonómica, es decir, la gestión efectiva por las Comunidades Autónomas de la asistencia sanitaria.

En este contexto cobran especial importancia una serie de medidas organizativas. Así el reconocimiento de mayor protagonismo a determinados órganos que si bien se crearon al amparo de la Ley General de Sanidad, sin embargo, no habían tenido el desarrollo y funcionamiento previstos en aquel momento y necesitaban cobrar mayor fuerza y dinamismo (como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud), una redefinición de las competencias legales del Estado en el ámbito sanitario, y la creación de nuevos órganos, como el Observatorio del Sistema Nacional de Salud o la Agencia de Calidad Sanitaria, necesarios para alcanzar los objetivos comunes de la Ley: la equidad, la calidad y la participación social en un sistema sanitario armónico y cohesionado.

Hay que advertir en todo caso que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aunque articula una reforma sanitaria, en ningún momento implica la sustitución de la Ley General de Sanidad, la cual sigue vigente salvo en los preceptos que expresamente aquélla deroga<sup>14</sup>. Algo natural, pues la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud no pretende tal sustitución, sino tan sólo regular los aspectos imprescindibles para configurar un Sistema Nacional de Salud cohesionado y de calidad, con todo lo que ello implica.

Por ello, el legislador estatal, siendo consciente del alcance limitado de su legitimidad -dada la competencia normativa de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad tras la completa descentralización sanitaria-, configura como eje central de su iniciativa el establecimiento del marco legal que permita a las Administraciones públicas sanitarias,

---

<sup>14</sup> Según la Disposición Derogatoria Primera de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, los únicos preceptos de la Ley General de Sanidad que quedan derogados son el artículo 43, que regula la Alta Inspección, y el artículo 47, que regula el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

llevar a cabo acciones de coordinación y cooperación en el ejercicio de sus respectivas competencias, a fin de asegurar a los ciudadanos su derecho a la protección de la salud con el objetivo de salvaguardar la equidad, la calidad, la participación social en el Sistema Nacional de Salud y, finalmente, la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud, objetivos que constituyen los fines de la Ley.

En definitiva, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 culmina el marco jurídico diseñado en su momento por la Ley General de Sanidad de 1986, una vez que todos los sistemas públicos de cobertura sanitaria –descentralizados ya por Comunidades Autónomas– han de quedar, desde esa realidad ya efectiva, integrados en el Sistema Nacional de Salud. A partir de ese momento, el Sistema Nacional de Salud es –debe ser–, no un sistema a construir progresivamente, como lo concibió la Ley General de Sanidad, sino una realidad efectiva. Procedemos, pues, a analizarlo tal y como hoy se presenta.

### **III. El Sistema Nacional de Salud como sistema integrado: sus distintas dimensiones**

La Constitución impone ciertos parámetros de contenido organizativo que deben tener en cuenta los poderes públicos competentes a la hora de vertebrar el servicio sanitario, con el fin de conformar la entera sanidad pública –no obstante, la descentralización sanitaria exigida por la CE– como un verdadero sistema, esto es, una organización sanitaria de ámbito nacional, configurada bajo criterios de unidad, armonía, coherencia y coordinación.

Fue lo pretendido por la Ley General de Sanidad de 1986 con la organización del servicio público sanitario a través del Sistema Nacional de Salud, identificado con “el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración General del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en los términos de la presente Ley”<sup>15</sup>.

No se trata, sin embargo, de la mera suma del conjunto de todos los Servicios de Salud de una y otras Administraciones, sino de un auténtico sistema que bien podemos deducir de la necesaria integración de los diversos elementos del mismo en sus dimensiones principales.

#### ***1.- Integración de estructuras y servicios públicos de salud***

Esa integración se manifiesta, en primer lugar, en lo que respecta a las estructuras sanitarias públicas, pues el Sistema Nacional de Salud está integrado por “todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud” (art. 44.1 de la Ley General de Sanidad) y en él, “como dispositivo único” se integran “todos los recursos sanitarios públicos” (art. 46 c) de la Ley General de Sanidad).

Con la integración de las estructuras y servicios públicos sanitarios pretende la Ley General de Sanidad de 1986 superar la desarticulación sanitaria hasta ese momento característica en nuestro país, y frente a la que la propia Ley adopta las oportunas cautelas. Así, cuando establece que “las Administraciones territoriales intracomunitarias no podrán crear o establecer nuevos centros o servicios sanitarios, sino de acuerdo con los planes de salud de cada Comunidad Autónoma y previa autorización de la misma” (art. 51.3), algo que la Ley General de Sanidad subraya a mayor abundamiento en su artículo 52.2: “La ordenación territorial de los servicios será competencia de las Comunidades Autónomas y se basará en la aplicación de un concepto integrado de la atención a la salud”.

Pero este dato nos pone sobre aviso sobre el alcance de esa integración de los servicios (es la correspondiente Comunidad Autónoma la que debe mantener esa integración a efectos de la gestión de los servicios) y sobre la consecuencia fundamental de ese hecho. Como señala MUÑOZ MACHADO<sup>16</sup>, “la integración de servicios se produce verdaderamente en el nivel territorial de la Comunidad Autónoma” y “el Sistema Nacional de Salud es un simple agregado de servicios integrados, organizados y diri-

<sup>15</sup> Artículo 44.2 de la Ley General de Sanidad.

<sup>16</sup> *La formación y crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial, 1995.



gidos bajo la dependencia estricta de cada una de las Comunidades Autónomas constituidas”<sup>17</sup>.

En efecto, no obstante la idea unitaria e integradora a nivel de todo el Estado a la que en principio responde la organización del Sistema Nacional de Salud según la Ley General de Sanidad, la efectiva integración de las redes sanitarias públicas no se produce a nivel global estatal –opción ésta que podría resultar incompatible con la autonomía y las competencias sanitarias de las Comunidades Autónomas reconocidas por el bloque de la constitucionalidad-, sino a nivel territorial de éstas, las cuales deben constituir sus propios Servicios de Salud como organizaciones sanitarias integradas, tal y como establecen los artículos 49 y 50 de la Ley General de Sanidad. Esto conlleva que esa integración de los servicios y de los establecimientos públicos de salud deba producirse bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas, en suma, impidiendo así toda organización unitaria jurídicamente articulada en términos convencionales, en concreto, con una personificación jurídica pública a nivel de todo el Estado en la que se integrara el conjunto de las instituciones sanitarias públicas<sup>18</sup>.

La contrapartida –desde luego muy relevante ante esa circunstancia, claro está, no puede ser otra que el reconocimiento al Estado –en garantía de la mínima unidad y uniformidad de los servicios sanitarios, y de la igualdad esencial de todos los ciudadanos en el disfrute del derecho a la protección de la salud- de poderes normativos básicos y de la correspondiente coordinación y planificación sanitaria como instrumentos de reconducción a la unidad del sistema sanitario a nivel de todo el conjunto estatal. La Exposición de Motivos de la Ley General de Sanidad no puede ser más descriptiva al respecto: “Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo la res-

ponsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado”.

Por lo demás, la garantía de la posición de las Comunidades Autónomas en la conformación de esa planificación y coordinación sanitaria se canaliza a través de la presencia y participación de aquéllas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano colegiado sectorial con competencias en el ámbito de la coordinación y planificación de la sanidad<sup>19</sup>, al que en su momento pasaremos revista.

## 2.- Integración de las funciones y actividades

La segunda dimensión en que esa integración tiene –o se pretende tenga- lugar es la de las funciones y actividades, algo que la Ley General de Sanidad proclama con nitidez: “El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud” (art. 45). Y que reafirma al predicar del Sistema Nacional de Salud “la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación” (art. 46).

La integración de las funciones y actividades proclamada por la Ley General de Sanidad no halla, sin embargo, determinantes expresos de orden jurídico positivo, sino que más bien encuentra su fundamento –en gran medida “*lege ferenda*”- en algunos componentes básicos del Sistema Nacional de Salud establecidos por la Ley General de Sanidad y luego por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, como los que siguen:

1) La *extensión de la cobertura sanitaria pública a toda la población*. El artículo 3.2 de la Ley General de Sanidad establece que “la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española”, y el artículo 2 de la Ley de Cohesión y Calidad

<sup>17</sup> Para esa afirmación el autor se apoya en el artículo 50.1 de la Ley General de Sanidad que establece que “en cada Comunidades Autónomas se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado (...) bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

<sup>18</sup> NAVARRO MUNUERA, A. “Régimen jurídico de los servicios públicos: el servicio sanitario”. Cuadernos de Derecho Judicial (C.G.P.J.), Madrid, 1997.

<sup>19</sup> Artículos 70 y ss. de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, pues ésta deroga expresamente el artículo 47 de la Ley General de Sanidad.

del Sistema Nacional de Salud recoge como principio inspirador del sistema sanitario público “el aseguramiento universal y público por parte del Estado”. Por tanto, se consagra la universalización de los servicios sanitarios para todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, con independencia de las circunstancias personales o sociales.

2) *La equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias.* El artículo 3.2 de la Ley General de Sanidad también establece que “el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”. En el mismo sentido, el artículo 2 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece “la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y de calidad”. Se trata de hacer accesibles los recursos sanitarios, de forma que no se produzcan discriminaciones (ni siquiera, hay que subrayarlo, por razones geográficas).

3) *Financiación pública.* El sistema sanitario público se financia en su mayor parte a través de los ingresos del Estado, a partir de la modificación del sistema de financiación de la asistencia sanitaria introducida en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, lo que queda definitivamente reconocido como principio general en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que reconduce la financiación pública del Sistema Nacional de Salud al vigente sistema de financiación autonómica (art. 2). Así, se asegura el derecho de todos a la protección de la salud<sup>20</sup>.

4) *La coordinación y, en su caso la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único*<sup>21</sup>, para asegurar un sistema coherente, armónico y eficaz, sistema que, a su vez, se refuerza con la *coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias* para la superación de las desigualdades en salud (art. 2 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

---

<sup>20</sup> Tal y como se recoge en la Ley General de Sanidad, pues en su artículo 1 establece: “La presente Ley tiene por objeto la regulación de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en los artículos 43 y concordantes de la Constitución”.

<sup>21</sup> Artículo 46 c) de la Ley General de Sanidad.

5) La prestación de *una atención integral a la salud*, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad (art. 18 y 46 e) de la Ley General de Sanidad, y art. 2 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

6) *La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales* en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (art. 2 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

7) *La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados* en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud (art. 2 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

8) *La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud* en el desempeño de la prestación farmacéutica (art. 2 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

### **3.- Integración de las prestaciones sanitarias y su garantía**

La Ley General de Sanidad de 1986, al crear el Sistema Nacional de Salud como sistema único y a la vez descentralizado, basado en la universalidad y en una concepción integral de la sanidad, consagra – comparada con la regulación precedente- una concepción radicalmente distinta del sistema sanitario público, y por tanto, de la asistencia sanitaria, pues, las prestaciones sanitarias quedan integradas en el Sistema Nacional de Salud. La Ley proclama, en efecto, que “todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud” y que “el Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud”<sup>22</sup>.

No obstante, a pesar de estas afirmaciones, la Ley General de Sanidad no delimita el ámbito pres-

---

<sup>22</sup> Artículos 44 y 45 de la Ley General de Sanidad.

tacional del Sistema Nacional de Salud. Únicamente recoge, como principio básico, que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva<sup>23</sup> y pospone para un momento posterior la elaboración de un Catálogo de Prestaciones<sup>24</sup>, regulación ésta que no se producirá hasta 1995, cuando a través del Real Decreto 63/1995, de 20 enero, se aprueba la ordenación de las prestaciones sanitarias. Hasta esa fecha continuaría funcionando el sistema prestacional de la Seguridad Social.

Fue el Real Decreto 63/1995, de 20 enero, de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias el que, como decíamos, delimitó el catálogo de prestaciones sanitarias a las que tienen derecho los usuarios del Sistema Nacional de Salud. En concreto, se definen como prestaciones sanitarias: a) Atención primaria; b) Atención especializada; c) Prestaciones farmacéuticas; d) Prestaciones complementarias (que son aquéllas que suponen un elemento adicional y necesario para la consecución de una asistencia sanitaria completa y adecuada. Así, se consideran prestaciones complementarias la ortoprotésica, el transporte sanitario, la dietoterapia y la oxigenoterapia a domicilio); y e) Servicios de información y documentación sanitaria. Este catálogo de prestaciones sanitarias, a pesar de sus carencias y limitaciones, funcionó hasta la asunción de las competencias de gestión de la asistencia sanitaria por todas las Comunidades Autónomas y la implantación del nuevo modelo de financiación autonómica, momento éste en el que se produce una nueva reordenación de las prestaciones sanitarias en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003.

En efecto, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud va a regular las prestaciones sanitarias apoyándose en dos instituciones fundamentales: el Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. A tal fin, define<sup>25</sup> el Catálogo de Prestaciones como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitado-

res y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos que garanticen las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. El Catálogo comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

A su vez, estas prestaciones se hacen efectivas a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que integran la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, la cual será acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y aprobada por Real Decreto. Su actualización se aprobará por Orden del Ministro de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Cada Comunidad Autónoma, por su parte, podrá aprobar su propia cartera de servicios, que incluirá, como mínimo, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud<sup>26</sup>.

Esta nueva ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud realizada por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud amplía a nivel legal el ámbito prestacional comparado con lo previsto por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. No obstante, debemos destacar que, en tanto no se apruebe el Real Decreto que desarrolle la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud –algo que hasta el momento no ha tenido lugar<sup>27</sup>– esa nueva ordenación de las prestaciones sanitarias no puede ser efectiva, por lo que hasta ese momento continuará vigente la concreta ordenación prestacional establecida por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero<sup>28</sup>.

<sup>23</sup> Artículo 3.2 Ley General de Sanidad.

<sup>24</sup> Artículo 40.9 Ley General de Sanidad.

<sup>25</sup> Artículo 7 Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

<sup>26</sup> Artículo 20 Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

<sup>27</sup> En el momento de presentar este trabajo de investigación el proyecto de Real Decreto regulador de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud se encuentra sometido al dictamen del Consejo de Estado.

<sup>28</sup> Pues así se dispone en la Disposición transitoria única de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por lo demás, el sistema de prestaciones sanitarias previsto por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud queda garantizado mediante el establecimiento por ésta de unas garantías legales cuya finalidad es, justamente, su materialización efectiva. Estas garantías de las prestaciones sanitarias son:

a) Garantía de accesibilidad. Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en la Ley en condiciones de igualdad efectiva.

b) Garantías de movilidad. El acceso a las prestaciones sanitarias se garantiza con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares. Asimismo, se garantiza a todos los usuarios el acceso a aquellos servicios que sean considerados como servicios de referencia.

c) Garantías de tiempo. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debe acordar – articulándose mediante Real Decreto– los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Las Comunidades Autónomas tienen que definir los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco. Se exceptúan de esta garantía las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización depende de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe.

d) Garantías de información. Los servicios de salud informarán a los ciudadanos de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre), así como de los derechos y obligaciones establecidos en las correspondientes normas autonómicas, en su caso.

e) Garantías de seguridad<sup>29</sup>. Esta garantía se articula de manera diferente según se trate, bien de la aplicación de técnicas, tecnologías o procedimientos sanitarios, bien de la apertura y puesta en funcionamiento de nuevos centros, servicios y establecimientos sanitarios. Cuando se trate de técnicas, tecnologías o procedimientos para cuya correcta utilización sea conveniente concentrar los casos a tratar, se designarán servicios de referencia; mientras que, si no existe suficiente información para determinar la seguridad de aquéllas, el Ministerio de Sanidad y Consumo acordará, en su caso, con las Comunidades Autónomas el uso tutelado de las técnicas, tecnologías o procedimientos aplicables<sup>30</sup>. En cambio, las garantías . Dichos requisitos mínimos van dirigidos a garantizar que el centro, establecimiento o servicio sanitario cuenta con los medios necesarios para desarrollar las actividades a las que va destinado y pueden ser, además, complementados por las Comunidades Autónomas. mínimas de seguridad y calidad que se deben exigir para la regulación y autorización por parte de las Comunidades Autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, se determinarán, con carácter básico, por Real Decreto<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Las garantías de seguridad y de calidad y servicios de referencia son aplicables a todos los centros, públicos y privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento, siendo responsabilidad de las Administraciones públicas sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento.

<sup>30</sup> Según prevé el artículo 22 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud la autorización del uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos tendrá como finalidad establecer el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia de las mismas antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Se realizará con arreglo a un diseño de investigación, por períodos de tiempos limitados, en centros expresamente autorizados para ello y de acuerdo con protocolos específicos destinados a garantizar su seguridad, el respeto a la bioética y el logro de resultados relevantes para el conocimiento. En todo caso, será imprescindible contar con el consentimiento informado de los pacientes a los que se vaya a aplicar dichas técnicas, tecnologías o procedimientos. La financiación del uso tutelado corre a cargo del Fondo de cohesión sanitaria al que se refiere el artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de conformidad con las normas por la que se rige dicho fondo.

<sup>31</sup> En concreto, el RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

f) Garantías de calidad y servicios de referencia. Las Comunidades Autónomas deben garantizar la calidad de las prestaciones, para cuya verificación pueden realizar, incluso, auditorias periódicas independientes. Igualmente, deben adecuar su organización para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión médica –previsión ésta que queda sometida a desarrollo reglamentario- y han de abordar actuaciones para la humanización de la asistencia y para la mejora de la accesibilidad administrativa y de su confortabilidad. En este sentido, se propugna que los hospitales del Sistema Nacional de Salud incorporen de forma progresiva habitaciones de uso individual. Por otra parte, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debe acordar la designación de los servicios de referencia, el número necesarios de éstos y su ubicación estratégica dentro del Sistema Nacional de Salud, con un enfoque de planificación de conjunto, para la atención de aquéllas patologías que precisen para su atención una concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales.

#### 4.- Integración de la información sanitaria

La integración de la información sanitaria se concibe por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud como un elemento esencial para el funcionamiento cohesionado y con garantías de calidad del Sistema Nacional de Salud, y que se instrumenta por la misma a través de una serie de mecanismos: el Sistema de Información sanitaria del Sistema Nacional de Salud, la tarjeta sanitaria individual, la Agencia de Calidad, y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

##### 4.1 El Sistema de Información Sanitaria y la tarjeta sanitaria individual

El Sistema de Información Sanitaria garantiza la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre la Administración sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas. Este Sistema contiene, entre otros, datos básicos sobre las prestaciones sanitarias y la cartera de servicios en la atención sanitaria pública y privada, población protegida, recursos humanos y materiales y financiación. El Sistema esta a disposición de sus usuarios,

que serán las Administraciones Públicas sanitarias, los gestores y profesionales de la sanidad y los ciudadanos<sup>32</sup>. Para el funcionamiento de este Sistema se crea el Instituto de Información Sanitaria<sup>33</sup> que se encargará de recabar, elaborar y distribuir la información que responda a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, siempre bajo criterios de transparencia y objetividad.

Por otra parte, para facilitar el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, se regula la tarjeta sanitaria individual<sup>34</sup>, documento administrativo que

<sup>32</sup> El objetivo general –según se establece en el artículo 53 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud- del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud es responder a las necesidades de los siguientes colectivos, con la finalidad indicada en cada caso:

a) Autoridades sanitarias: la información debe favorecer el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, dándoles información actualizada y comparativa de la situación y evolución del Sistema Nacional de Salud.

b) Profesionales: la información debe ir dirigida a mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas. Incluirá directorios, resultados de estudios, evaluaciones de medicamentos, productos sanitarios y tecnologías, análisis de buenas prácticas, guías clínicas, recomendaciones y recogida de sugerencias.

c) Ciudadanos: debe contener información sobre sus derechos y deberes y riesgos para la salud, facilitando la toma de decisiones sobre su estilo de vida, prácticas de autocuidado y utilización de los servicios sanitarios y ofrecer la posibilidad de formular sugerencias de los aspectos mencionados.

d) Organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario: debe contener información sobre las asociaciones de pacientes y familiares, de organizaciones no gubernamentales que actúen en el ámbito sanitario y de sociedades científicas, con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en el Sistema Nacional de Salud.

<sup>33</sup> En concreto, su creación se efectúa en el Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, derogado por el Real Decreto 1555/2004, de 25 de junio, por el que se regula la estructura actual de dicho Ministerio. En éste último, además de especificar sus funciones, se configura el Instituto de Información Sanitaria como una Subdirección General que depende de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

<sup>34</sup> Su desarrollo reglamentario se ha llevado a cabo a través del RD 183/2004, de 30 de enero. En él se regula la emisión y validez de la tarjeta sanitaria individual, los datos básicos comunes que de forma normalizada deberán incorporar, el código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud y la base de datos de población protegida de dicho sistema. La emisión de la misma corresponde a las Administraciones sanitarias autonómicas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para las personas residentes en su ámbito territorial que tenga acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública. El proceso de sustitución de las tarjetas actualmente existentes se inició en el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de este Real Decreto, sin embargo, la sustitución, una vez iniciado el proceso, se producirá a medida que las tarjetas vayan caducando, o cuando por cualquier motivo vayan a renovarse.

Por otro lado, el sistema de base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud se concibe con cierto carácter integrador, de

acredita determinados datos de su titular, que, sin perjuicio de su gestión por las Comunidades Autónomas, incluirá, de manera normalizada, los datos básicos de identificación del titular, su derecho a las prestaciones y entidad responsable de la asistencia sanitaria.

Los dispositivos que incorporen las tarjetas para almacenar la información básica y las aplicaciones que la traten deben permitir que la lectura y comprobación de los datos sea técnicamente posible en todo el territorio del Estado y para todas las Administraciones públicas. Para ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las Comunidades Autónomas y demás Administraciones públicas competentes, debe establecer los requisitos y estándares necesarios. Además, conforme se vaya disponiendo de sistemas electrónicos de tratamiento de la información clínica, la tarjeta sanitaria individual debe posibilitar el acceso a dicha información de los profesionales debidamente autorizados, con la finalidad de colaborar en la mejora de la calidad y en la continuidad asistencial. En cualquier caso, las tarjetas sanitarias individuales se deben adaptar a la normalización que se pueda establecer para el conjunto de las Administraciones públicas y en el seno de la Unión Europea<sup>35</sup>.

4.2 La Agencia de Calidad y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Al servicio del objetivo de mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto –criterio latente a lo largo de todo el articulado de la Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud, pero al que se dedica especí-

---

*ahí que se regule como un sistema de intercambio de información sanitaria sobre la población protegida entre las Administraciones sanitarias, en el que se incluyen todos aquellos colectivos cuya cobertura sanitaria se financia públicamente y que están incluidos en regímenes especiales a través del mutualismo administrativo, si bien, su incorporación a dicho sistema se establece en un plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de este Real Decreto. Con ello se logrará la correcta ordenación de las situaciones y se colocará a todos los asegurados en pie de igualdad respecto a las utilidades que proporciona el sistema de intercambio de información sobre población protegida en el Sistema Nacional de Salud.*

<sup>35</sup> En este sentido, la única ordenación europea existente hasta el momento es la Decisión 189/2003/CE, de 18 de junio de 2003, dirigida a sustituir por una tarjeta sanitaria europea los formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CEE) n° 1408/71 y (CEE) n° 574/72 del Consejo en lo que respecta al acceso a la asistencia sanitaria durante una estancia temporal en un Estado miembro distinto del Estado competente o de residencia (DOCE L 276 de 27. 10. 2003).

ficamente el capítulo VI-, regula ésta la creación de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y del Observatorio del Sistema Nacional de Salud. La Agencia de Calidad<sup>36</sup> es la encargada de elaborar los elementos de la infraestructura de calidad en el Sistema Nacional de Salud, es decir, normas de calidad y seguridad<sup>37</sup>, indicadores<sup>38</sup>, guías de práctica clínica<sup>39</sup>, registros de buenas prácticas<sup>40</sup> y de acontecimientos adversos<sup>41</sup>, con el asesoramiento de sociedades científicas y expertos del sector, sin perjuicio de las actuaciones que pudieran llevar a cabo las Comunidades Autónomas en el marco de sus competencias. Además, podrá promover convenios con instituciones científicas para elaborar o gestionar los elementos de dicha infraestructura de calidad.

En definitiva, la labor fundamental de la Agencia de Calidad es la gestión de la calidad. Para ello, debe hacer frente a necesidades comunes tanto de información como de formación e investigación en las siguientes áreas de actuación:

a) El sistema sanitario, con múltiples actores y localizaciones, requiere contar con indicadores, estándares, normas y criterios consensuados y valida-

---

<sup>36</sup> Creada por el RD 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, derogado por el RD 1555/2004, de 25 de junio, que establece la estructura actual del Departamento de Sanidad. En éste queda configurada con el nivel orgánico de Dirección General y se le asignan como principales funciones: la elaboración del informe anual sobre el estado del Sistema Nacional de Salud y la realización de estudios comparativos de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, la provisión de los servicios, la gestión sanitaria y los resultados; difundir estudios sobre los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, así como la recopilación de información sobre reformas sanitarias en países europeos.

<sup>37</sup> Las normas de calidad y seguridad son las que contendrán los requerimientos que deben guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura (art. 59.1.a)).

<sup>38</sup> Los indicadores son elementos estadísticos que permitirán comparar la calidad de diversos centros y servicios sanitarios de forma homologada, ajustada al riesgo y fiable (art. 59.1. b)).

<sup>39</sup> Las guías de práctica clínica y de práctica asistencial son descripciones de los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud (art. 59.1. c)).

<sup>40</sup> El registro de buenas prácticas recogerá información sobre aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor a la actual (art. 59.1. d)).

<sup>41</sup> El registro de acontecimientos adversos recogerá información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente (art. 59.1. e)).

dos científicamente. La Agencia promoverá la utilización de normas, indicadores y estándares de calidad en el sector sanitario, para su aplicación en las diferentes organizaciones, centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados.

b) La Agencia debe apoyar la gestión clínica. El desarrollo continuo de la calidad y la medicina basada en la evidencia, contribuyen a la utilización más efectiva de las intervenciones diagnósticas y curativas, así como a la reducción de los gastos innecesarios en relación con los procedimientos y los productos farmacéuticos. Por ello, fomentará la utilización de guías clínicas y de cuidados, el registro de buenas prácticas y el registro de acontecimientos adversos. Además, aportará información y herramientas metodológicas a los profesionales sanitarios, para facilitarles las capacidades necesarias para servir de agentes activos en este proceso, y proporcionarles los medios para evaluar la calidad y los resultados de su trabajo clínico, y facilitará información y herramientas metodológicas para la gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias y extenderá esta información en formatos útiles y entendibles que faciliten la toma de decisiones a niveles clínicos, de gestión y de autoridades sanitarias.

c) La Agencia de Calidad fomentará la evaluación externa y periódica de la calidad y la seguridad de los centros y servicios sanitarios mediante estrategias de apoyo, facilitación e incentivación a los profesionales y organizaciones sanitarias. Los sistemas de evaluación sanitaria estatales y autonómicos constituyen un requisito previo para el desarrollo y seguimiento de políticas sanitarias efectivas, eficientes y equitativas. La evaluación determinará si se han alcanzado los objetivos previstos, y cuáles son las cuestiones que requieren una atención adicional.

d) La Agencia apoyará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la elaboración del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que coordine y promueva la comunicación y gestión de la calidad. Este Plan contendrá las recomendaciones de calidad prioritarios para el período correspondiente.

El Observatorio del Sistema Nacional de Salud<sup>42</sup>, por su parte, es el órgano encargado de proporcionar un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, mediante estudios comparados de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados. Para ello, deberá realizar anualmente un informe sobre el estado del Sistema Nacional de Salud<sup>43</sup>.

En un sistema sanitario como el nuestro, caracterizado por la descentralización sanitaria, resulta fundamental disponer de un instrumento que facilite la comunicación y el intercambio de conocimientos entre políticos, profesionales, académicos y ciudadanos. En este sentido, el Observatorio pretende, por un lado, contribuir a la difusión de las buenas prácticas de política sanitaria, de tal modo que se facilite a cada Comunidad Autónoma la posibilidad de adoptar experiencias iniciadas o puestas en práctica en otros territorios y, por otro lado, advertir de los riesgos que dichas reformas entrañan, reduciendo la posibilidad de incurrir en costes evitables. La diversidad natural que implica la existencia de un Estado descentralizado multiplica la aparición de innovaciones que deben ser objeto de análisis y posteriormente difundidas al conjunto del Sistema Nacional de Salud.

### ***5.- La integración de la acción y las políticas públicas***

#### **5.1. La coordinación: El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**

La coordinación general sanitaria queda consagrada en el art. 149.1.16ª CE como una competencia exclusiva del Estado. Por ello, la Ley General de Sanidad establece que la coordinación general sanitaria incluirá (art. 70.2): a) el establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos

<sup>42</sup> Se creó por Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, derogado por el Real Decreto 1555/2004, de 25 de junio, por el que se establece la estructura actual del Ministerio de Sanidad y Consumo. En éste se configura como una Subdirección General que depende de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

<sup>43</sup> Desde su creación podemos destacar la elaboración del Informe de Situación de Salud Mental, publicado el 11 de noviembre de 2003 en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo ([www.msc.es](http://www.msc.es)).

y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y de personal sanitario y los mapas sanitarios nacionales; b) la determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria; c) el marco de actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario, y d) el establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.

Para cumplir esta función estatal, la Ley General de Sanidad impone al Estado la aprobación de los criterios generales de coordinación que deben ser tenidos en cuenta por las Comunidades Autónomas en la formulación de sus Planes de salud y de sus presupuestos anuales (art. 70.4). Asimismo, para la mayor eficacia y rentabilidad de los servicios sanitarios, el Estado y las Comunidades Autónomas podrán constituir comisiones y comités técnicos, celebrar convenios y elaborar programas en común (art. 48).

La coordinación de todos los servicios sanitarios públicos, por su parte, se configura en la Ley General de Sanidad como característica fundamental del Sistema Nacional de Salud (art. 46.c)). Para el desempeño de esta función la Ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (artículo 47), órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal, al que atribuyó, esencialmente, la función de coordinar, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y otros bienes y servicios, y la política de personal, además de diversas funciones en materia de planificación.

Este órgano, integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado, y presidido por el Ministro de Sanidad y Consumo, funcionaba en Pleno y en Comisiones, Ponencias y Grupos de Trabajo. Además, vinculado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Sa-

lud, la Ley General de Sanidad creó un Comité Consultivo integrado por el mismo número de representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas y por los de aquellas asociaciones de consumidores y usuarios que al objeto propusiera el Consejo de Consumidores y Usuarios y, paritariamente con todos los anteriores, por representantes de las Administraciones Públicas presentes en el Consejo Interterritorial y designados por éste.

No obstante, aunque la Ley General de Sanidad de 1986 recogía la coordinación y la cooperación como funciones imprescindibles en un Sistema Nacional de Salud descentralizado y armónico, y preveía mecanismos de carácter general a tal fin –como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, los convenios interadministrativos, los Planes de Salud y los criterios generales de coordinación–, lo cierto es que los objetivos de integración que tales mecanismos perseguían no se consiguieron de una manera adecuada. Por razones diversas. En primer lugar, la composición y funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud previstos por dicha Ley impedía que se convirtiera en el órgano fundamental del Sistema y encargado

Por otra parte, los criterios generales de coordinación no han sido aprobados por el Estado en el sentido establecido por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional de su vertebración funcional<sup>44,45</sup> que equipara la coordinación con las bases en cuanto a su formalización, por lo que la existencia y exigibilidad de esos criterios precisaría su aprobación por órgano competente y su ulterior publicación en diario oficial, algo que sigue sin producirse. Por lo demás, tampoco se ha producido la aprobación del Plan Integral de Salud, previsto como el conjunto de Planes

<sup>44</sup> De ahí, el interés que sobre este órgano ha mostrado la doctrina. Por ejemplo, SALA ARQUER, J.M. y VILLAR ROJAS, F. “Análisis de la cooperación en un sector determinado: la sanidad pública”. *Revista de Derecho y Salud*, Vol. 10, Núm. 1, Enero-Junio, 2002; TORNOS MÁZ, J. “El Sistema de Seguridad Social versus Sistema Nacional de Salud”, *Revista de Derecho y Salud*, volumen 10, núm. 1, 2002, y BELTRÁN AGUIRRE, J.L. “La igualdad básica, la coordinación y la cooperación Interterritorial: fundamentos del Sistema Nacional de Salud”, *Revista de Derecho y Salud*, volumen 10, núm. 2, 2002, y “Anotaciones a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud”, *Revista de Derecho y Salud*, volumen 11, núm. 2, 2003.

<sup>45</sup> *Stc. 32/1983, de 28 de abril, Fj. 2º.*



tanto estatales como autonómicos y que, recogiendo los criterios generales de coordinación, sería el máximo instrumento de planificación coordinada entre todas las Administraciones públicas sanitarias.

Por todo ello, buena parte de la cooperación y coordinación a lo largo de los últimos años, más de 16 tras la Ley General de Sanidad, se vino llevando a cabo al margen de dichos mecanismos legales y de una manera en cierto sentido informal. De ahí que, en consecuencia, y de manera acuciante tras la culminación de la descentralización sanitaria en diciembre de 2001, se hiciera imprescindible la búsqueda de un nuevo modelo que garantizara un funcionamiento cohesionado del Estado y las Comunidades Autónomas en materia sanitaria, la modernización del Sistema Nacional de Salud que el entorno exigía, y el disfrute por los ciudadanos de un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso al mismo independientemente del lugar de su residencia.

A esa necesidad intenta responder la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 (no hay que olvidar que en sus borradores llevaba el título de Ley de “Coordinación Sanitaria”), cierto que con mucha distancia entre la gran virtualidad que a dicha coordinación le otorga su Exposición de Motivos, al recoger la finalidad y los objetivos de la Ley, y las concretas previsiones de su articulado sobre dicha coordinación sanitaria, donde el entusiasmo por parte del legislador resulta mucho menos palpable. En todo caso, y con tal propósito, configura –desde una perspectiva renovada– el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la Alta Inspección como los ejes sobre los que girará tanto la coordinación como la cooperación de las Administraciones sanitarias públicas, siendo además, en todo caso, la regulación de la coordinación y la cooperación como ejes fundamentales del Sistema Nacional de Salud para garantizar así la existencia de un sistema sanitario público cohesionado y de calidad, el elemento central de la Ley de Cohesión y Calidad.

En este sentido, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud define el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como

órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información. Parece con ello haber optado por una configuración funcional de este órgano mucho más ambiciosa que la hasta ahora vigente (el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se definía en la Ley General de Sanidad como órgano tan sólo coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado, y en el proyecto de la propia Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud como órgano sólo de cooperación).

Pues bien, resulta claro que el cambio textual operado por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en la definición del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la precedente definición por la Ley General de Sanidad, responde a su voluntad de ajustar el protagonismo del mismo que se pretende, a una definición estricta de los principios de integración funcional concernidos y que ahora específicamente se enumeran como la base de acción de dicho Consejo. Por tanto, con una precisión técnica que supera los equívocos precedentes tanto de la Ley General de Sanidad, que reconducía la acción del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tan sólo a la coordinación –mal entendida–, como del propio Tribunal Constitucional, incurso en el mismo equívoco<sup>46</sup>.

El protagonismo que ahora se pretende para el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se reconoce asimismo en la composición de dicho Consejo establecida por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 70), comparada con lo dispuesto en la Ley General de Sanidad. Ahora estará integrado por el Ministro de Sanidad y Consumo, que lo presidirá, los Consejeros competentes en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas y un secretario, que será un representante del Ministerio de Sanidad y Consumo, sin

---

<sup>46</sup> El Tribunal Constitucional, en sus sentencias 32/1983, de 28 de abril y 42/1983, de 20 de mayo, establecía que “la coordinación sanitaria general debe ser la fijación de medios y sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta de las Administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud”.

perjuicio, de que cuando sea necesario se puedan incorporar representantes del Estado o de las Comunidades Autónomas afectadas.

Por otra parte, y bajo el mismo designio, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 precisa el elenco de funciones que debe ejercer el Consejo y que, recogidas en su artículo 71, son clasificadas por el legislador en cuatro grupos: a) funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud; b) funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud; c) funciones de coordinación del Sistema Nacional de Salud; y d) funciones de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas. En todo caso, la densa sistemática y la casuística de la Ley en la ordenación de las funciones del Consejo decae ante el problema de la ubicación de cada una de las competencias del Consejo en uno u otro de tales grupos específicos de funciones (y de los principios funcionales a que respectivamente responden). Lo que, en concreto, suscita el problema de cómo y con qué alcance tiene que funcionar el Consejo en el ejercicio de cada una de sus competencias. Por ejemplo, la aprobación de los planes integrales se encuentra dentro del primer grupo, es decir dentro de las funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud, y siendo así, ¿el Consejo funcionará a ese respecto como órgano de coordinación, cooperación, comunicación o información?

Esto unido a la ausencia del carácter vinculante de sus decisiones, que no hace otra cosa que restar fuerza al papel del Consejo dentro del Sistema Nacional de Salud, la no publicación de sus actos, la creación por el legislador de una nueva fórmula jurídica de adopción de acuerdos por consenso —que nadie sabe muy bien qué significa—, cuando lo correcto jurídicamente sería un sistema de mayorías o unanimidad, etc., nos lleva a plantearnos seriamente para qué sirve el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pues tal y como lo ha regulado el legislador, parece que su existencia tiene una importancia relativa, y difícilmente va a servir para conseguir un sistema sanitario público armónico, cohesionado y de calidad. Más bien provoca una situación inversa: el bloqueo del funcionamiento del Consejo por la falta de interés de una parte significativa de la

representación autonómica. Es lo que se está produciendo en las últimas sesiones plenarios del Consejo: el abandono del Pleno por representantes autonómicos, llegándose a celebrar el mismo con tan solo ocho miembros, motivado sólo y exclusivamente por cuestiones políticas<sup>47</sup>

En consecuencia, a nuestro juicio, y bajo la actual configuración del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, su operatividad para la cohesión del Sistema Nacional de Salud es, más que relativa. Sobre esta base pueden quedar justificadas las siguientes consideraciones.

En el contexto de un Sistema Nacional de Salud totalmente descentralizado que sólo reserva al Estado las bases de la sanidad, la coordinación general y la Alta Inspección, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debería constituirse como el fundamental órgano directivo del Sistema Nacional de Salud, y en consecuencia residir en él la competencia estatal de coordinación sanitaria, dando carácter ejecutivo a sus decisiones y entendiendo la Alta Inspección como órgano que garantice la igualdad de los ciudadanos y la cohesión del Sistema sanitario. Entendemos que ello es no sólo conveniente sino necesario, porque la “coordinación general sanitaria” es una competencia formal, de carácter horizontal y no jerárquica o de supremacía, que, por tanto, es fruto de la voluntad común de todas las Administraciones responsables en la materia<sup>48</sup>.

Sea como fuere, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debería tener una regulación institucional propia y definida, pues estamos

<sup>47</sup> Vid. *Revista Diario Médico* de 5 de diciembre de 2003 y de 16 de junio de 2004.

<sup>48</sup> De hecho, así lo recoge la propia Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en otros aspectos de su regulación. Por ejemplo, el artículo 65 regula la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública y dispone que dicha declaración corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, obligando a todas las partes incluidas en la misma. Así pues, parece que la decisión de actuación coordinada verdaderamente la toma el Consejo Interterritorial, correspondiendo al Ministerio únicamente formalizarla, y que esa decisión del Consejo vincula y obliga a todas las Comunidades Autónomas afectadas por la declaración. Lo mismo sucede en los artículos 25 y 27, si bien en ellos no se trata de acciones de “coordinación general” sino de fijación de normativa básica a efectos de definir un contenido cualitativo mínimo de las prestaciones y servicios sanitarios.

ante un órgano estatal en el que se concreta la función de coordinación general que pertenece al Estado. Esto significa que ha de ejercer funciones propias de coordinación que no podrían atribuirse a una Conferencia Sectorial<sup>49</sup>. Por tanto, debe configurarse como un órgano de ámbito estatal de naturaleza mixta político-administrativa, un órgano estatal, no un órgano de la Administración estatal, por tanto, no adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, ello, obviamente, sin perjuicio de que reciba toda la asistencia técnico-administrativa necesaria de dicho Ministerio, concretamente a través de la Secretaria del Consejo, en el caso de que se incorporara como órgano de cabecera a una eventual personificación jurídico-pública de la organización del Sistema Nacional de Salud. Esta regulación, que debería hacerse mediante Ley “ad hoc”, habría de ser específica y propia, precisando su composición, funciones y alcance de sus acuerdos.

Si esto es así, si atribuimos al Consejo el ejercicio real de las funciones de “coordinación general sanitaria”, los acuerdos deberían adoptarse por mayoría cualificada mediante un sistema de voto ponderado según criterios objetivos aceptados por todos, para finalmente vincular a todas las Administraciones sanitarias y a la Administración General del Estado en el ejercicio de sus competencias normativas, pues no debemos olvidar que el Estado ya no está en una posición superior con respecto a las Comunida-

des Autónomas, sino que es uno más que tiene que autoorganizarse.

En concreto, el alcance de los acuerdos adoptados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podría sintetizarse del siguiente modo: En primer lugar, debemos diferenciar aquellas funciones propias de la coordinación general sanitaria, tales como lo relativo al Sistema de información sanitaria; la homogeneidad técnica en determinados ámbitos; las acciones conjuntas o de objetivos mínimos comunes sobre promoción, prevención o restauración de la salud, etc., de aquellas como la consulta, información, asesoramiento, evaluación, etc., que evidentemente quedan fuera del ámbito de la coordinación general sanitaria. Para estas últimas, debería regir un régimen de mayorías para la adopción de los acuerdos. En cambio, cuando se trate del ejercicio de las funciones de coordinación sanitaria, tendríamos que distinguir varios supuestos:

a) Que el acuerdo sea adoptado por unanimidad.

En este caso, no debe haber ningún problema para que vincule a todas las partes, y en consecuencia debe publicarse en el Boletín Oficial del Estado y en el Boletín Oficial de las Comunidades Autónomas<sup>50</sup>.

b) Que el acuerdo no alcance la unanimidad. En este supuesto diferenciaríamos si la decisión a tomar versa sobre un asunto de interés común y general que requiere su implantación en todo el territorio nacional o se trata de actuaciones no imprescindibles. En el primer caso, el acuerdo adoptado por mayoría cualificada debe vincular a todas las Comunidades Autónomas sin excepción<sup>51</sup>. En cambio, si estamos

<sup>49</sup> *Que es la naturaleza jurídica que parece atribuirse al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Pues, por ejemplo, la intención de la Ley de Cohesión y Calidad es que siga en gran medida acomodándose al régimen de las Conferencias Sectoriales según se establece para estos órganos multilaterales de cooperación sectorial en el artículo 5 de la LRJ-PAC. Así lo interpreta la propia Dirección General de Cohesión y Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y Consumo: “Actualmente, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, reúne unas características similares a las Conferencias Sectoriales, si bien en este caso –como en el del Consejo de Política Fiscal y Financiera y en el del Consejo General de la Ciencia y la Tecnología– hay una Ley estatal que lo regula, en base a la competencia de coordinación sanitaria que ostenta el Estado” (Vid. [www.msc.es/consejo/info\\_general/aspectosgenerales](http://www.msc.es/consejo/info_general/aspectosgenerales)). Además, el Reglamento de Funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobado en la sesión plenaria del 23 de julio de 2003, establece en su artículo 1.2: “En lo no previsto en el presente Reglamento el Consejo se regirá por lo dispuesto, en materia de órganos colegiados por el Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común”.*

<sup>50</sup> *En este supuesto, BELTRÁN AGUIRRE apunta además su formalización con la denominación de Convenio del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y según el ámbito de lo acordado, se debería instrumentalizar cuando sea necesario en norma de rango adecuado, si bien, en la medida en que ha de entenderse que tales acuerdos nunca pueden comprometer a las Cortes Generales, cuando hayan de plasmarse en norma con rango de ley tendrían el valor de propuestas. Y en el ámbito autonómico, el Convenio cumpliría un papel similar a las Directivas europeas. “La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: fundamentos del Sistema Nacional de Salud”. Revista Derecho y Salud, Vol. 10, núm. 2, julio-diciembre, 2002.*

<sup>51</sup> *Esto puede provocar reticencias por parte de las Comunidades Autónomas, pero si ellas consideran que las actuaciones sanitarias acordadas por el Consejo no responden realmente a la coordinación general sanitaria, y en consecuencia, supone una vulneración de su autonomía y ámbito competencial, siempre podrán acudir al Tribunal Constitucional mediante un conflicto de competencias.*

ante un acuerdo que no afecta al interés general sólo vincularía a las partes firmantes.

Sea como fuere, la cuestión es que el legislador no ha querido o no se ha atrevido –quizás por el grado de descentralización sanitaria alcanzado, no comparable con ningún otro ámbito del sector público-, a otorgar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el protagonismo que le corresponde mediante la atribución de la competencia de coordinación general sanitaria. Por tanto, estamos ante un órgano con una operatividad restringida, y que al estar excesivamente politizado, no puede cumplir con la garantía de un Sistema Nacional de Salud, que atienda en condiciones de igualdad material y eficazmente a los ciudadanos.

## 5.2 La planificación

La Ley General de Sanidad concibe el Sistema Nacional de Salud como una organización asistencial ordenada, entre otros principios, por el de planificación. La función de planificación corresponde, básicamente, a las Comunidades Autónomas y se cierra, a nivel estatal, en el Plan Integrado de Salud.

Las referencias legales a los sistemas y actividades de planificación son muy amplias. Algunas están orientadas al establecimiento de índices o criterios mínimos<sup>52</sup>, pero la mayoría, sin embargo, se dirigen al establecimiento de Planes de salud, bajo distintas modalidades: planes de salud del Estado o de las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias, en los que se preverán las inversiones y acciones necesarias a desarrollar anual o plurianualmente y Planes de salud conjuntos entre el Estado y las Comunidades Autónomas, aunque cuando éstos impliquen a todas las Comunidades Autónomas, se formularán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> Así, el artículo 70.2. a): “La coordinación general sanitaria incluirá el establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios...”, y el artículo 70 apartados 3 y 4 que establecen que una vez aprobados por el Estado los criterios generales de coordinación sanitaria deberán remitirse a las Comunidades Autónomas, para que sean tenidos en cuenta por éstas en la formulación de sus planes de salud y de sus presupuestos anuales.

<sup>53</sup> Artículo 70.1 y 71.1 respectivamente de la Ley General de Sanidad.

Tanto unos (Planes de Salud) como otros (Planes de Salud conjuntos) se integran en el Plan Integrado de Salud que recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. El Plan Integrado de Salud es competencia de la Administración General del Estado (Ministerio de Sanidad y Consumo). No obstante, a efectos de su elaboración, las Comunidades Autónomas deben remitir los proyectos de planes aprobados por los organismos competentes de las mismas, para, una vez comprobada la adecuación de los Planes de salud de las Comunidades Autónomas a los criterios generales de coordinación (que previamente debe haber aprobado el Estado), la Administración estatal sanitaria confeccione el Plan integrado de salud, que deberá tener en cuenta también los criterios generales de coordinación. Este Plan se entenderá definitivamente formulado una vez que tenga conocimiento del mismo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que podrá hacer las observaciones y recomendaciones que estime pertinentes, si bien corresponde al Gobierno la aprobación definitiva de dicho Plan.

Además, la Ley General de Sanidad recoge la posibilidad de elaborar y aprobar (por el Consejo de Dirección del Área de Salud) Planes de salud de las Áreas de Salud que cuenten con una población entre 200.000 y 250.000 habitantes, siempre, dentro de las normas, directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma respectiva<sup>54</sup>.

Esta actividad planificadora diseñada por la Ley General de Sanidad se ha visto ampliada por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ésta, en efecto, regula, dentro del capítulo VI de la Ley, dedicado a la Calidad, los Planes de calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 61) –sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios-, que han de contener los objetivos de calidad para el periodo correspondiente. Los elaboran periódicamente el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del Siste-

---

<sup>54</sup> Artículos 58.3.e); 59.3.b) y 60.3) de la Ley General de Sanidad.

ma Nacional de Salud, de cuyo cumplimiento, el Ministerio de Sanidad debe dar cuenta en el Senado, como cámara de representación territorial.

Igualmente, la Ley prevé en su Capítulo VII la elaboración conjunta de Planes integrales de salud (art. 64) por parte del Ministerio de Sanidad y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas –a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y sin perjuicio de las competencias de planificación y organización sanitaria de éstas- en relación con ciertas patologías consideradas como prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Por lo demás, se regula también, el Plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública (art. 66), que, aunque el legislador no lo define expresamente, es un mecanismo de planificación sanitaria para garantizar la cooperación entre las Administraciones autonómicas y locales, y cuya finalidad es promover actividades que complementen las realizadas por dichas Administraciones públicas.

### 5.3 La participación

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud articula la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, a través del denominado Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>55</sup> y que se configura legalmente como cauce de comunicación permanente entre las Administraciones públicas sanitarias, los profesionales y las sociedades científicas, las organizaciones sindicales y empresariales y los consumidores y usuarios. Su forma de actuación no responde, sin embargo a un

criterio unitario, pues, puede actuar, bien como Comité Consultivo, bien como Foro Abierto o como Foro Virtual.

El Comité Consultivo es el órgano, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva la participación social en el Sistema Nacional de Salud de manera permanente, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales (art. 67.2). Sus funciones son informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, las siguientes: a) los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico; b) los planes integrales de salud, cuando sean sometidos a su consulta; c) las disposiciones o acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario; d) los proyectos de disposiciones que afecten a principios básicos de la política del personal del Sistema Nacional de Salud, y e) cuantas otras materias le atribuya el Consejo Interterritorial.

El Comité Consultivo, además, debe recibir los anteproyectos de Ley y los proyectos de disposiciones generales en materia sanitaria elaborados por la Administración General del Estado, así como los informes anuales sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, los análisis y estudios que se elaboren sobre las prestaciones sanitarias que se remitan al Consejo Interterritorial, y debe formular, por iniciativa propia o del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, propuestas de cuantas medidas estime oportunas acerca de la política sanitaria.

El Foro Abierto de Salud, por su parte, se debe constituir, con carácter temporal, a convocatoria del Ministro de Sanidad y Consumo, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud. En él pueden participar las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine según la materia a tratar. Por lo demás, el Foro

<sup>55</sup> Resulta bastante llamativo que ni en el RD 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo para adecuarla a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ni en el RD 1555/2004, de 25 de junio, por el que se establece la estructura actual de dicho Ministerio, no aparezca ninguna referencia al Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, cuando la propia Exposición de Motivos de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud recoge su dependencia a dicho departamento ministerial.

virtual es el instrumento de participación a través de la red informática.

Con independencia de todo ello, es preciso destacar que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud habilita a las Administraciones públicas sanitarias para crear redes que generen y transmitan conocimientos científicos y favorezcan la participación social en las materias de su competencia (art. 68). Se trata, en definitiva, de crear plataformas de difusión de la información, intercambio de experiencias o apoyo a la toma de decisiones a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. De este modo, en relación con la Administración General del Estado, la Ley impone al Ministerio de Sanidad y Consumo la obligación de crear una infraestructura de comunicaciones que permita el intercambio de información y promueva la complementariedad de actuaciones en las siguientes materias, entre otras: a) información, promoción y educación para la salud; b) cooperación internacional; c) evaluación de tecnologías sanitarias; y d) formación en salud pública y gestión sanitaria.

En cualquier caso, todas las Administraciones públicas sanitarias deben apoyar la participación en estas redes de organismos internacionales, nacionales, autonómicos, locales o del tercer sector.

#### **IV. Realidad e insuficiencias de la configuración del Sistema Nacional de Salud en la actualidad**

El Sistema Nacional de Salud, a pesar de todos sus defectos y carencias, constituye, en su diseño – por sus objetivos, contenido, alcance y extensión- y también no en escasa medida en la práctica, la expresión del mejor servicio público de nuestro sector público de fin de siglo, pues ha logrado reunir las características esenciales indispensables para ofrecer sus prestaciones a todos los ciudadanos, con equidad y solidaridad, con un nivel aceptablemente alto de calidad, y a un coste razonable respecto a la riqueza nacional. Lo que no quiere decir –como ahora veremos- que no presente muchos problemas.

Digamos, en todo caso, que lo más paradójico del debate político sobre la sanidad en España es que, siendo tan reales los problemas del Sistema

Nacional de Salud, el discurso sanitario esté tan dominado por temas que, más que sus problemas, constituyen, por el contrario, sus rasgos más positivos y los activos fundamentales del sistema sanitario público: como la financiación de la asistencia sanitaria a través de impuestos, la cobertura universal de la misma, la provisión predominantemente pública, y unas prestaciones que dan acceso a todos los servicios de la medicina moderna sin coste para el paciente. Todos estos rasgos son extraordinariamente positivos, y sobre ellos es posible organizar y gestionar un Sistema Nacional de Salud moderno, eficiente, equitativo y de excelente nivel de calidad.

#### ***1.- Problemas del Sistema Nacional de Salud***

Pero dicho esto, nuestro Sistema Nacional de Salud presenta en la actualidad diversos tipos de insuficiencias y problemas, comunes a todos los sistemas sanitarios del mundo, sea cual sea su modelo sanitario, y otros propios y específicos del sistema sanitario español. Así, las tensiones del crecimiento del gasto sanitario, los retos de adecuar la práctica clínica a la evidencia científica, los desafíos de las nuevas tecnologías, las expectativas crecientes de la población, etc., y como tales, comprometen seriamente la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, pueden deslegitimarle ante la población a la que sirven, y deterioran su equidad.

Estos problemas del Sistema Nacional de Salud –resultado de su progresiva configuración a lo largo de más de 50 años, y de la ausencia de auténticas reformas estructurales en los últimos y más recientes tiempos- ofrecen en todo caso unas características que no tienen comparación posible con otros sistemas sanitarios europeos de provisión pública<sup>56</sup> similares. En efecto, los problemas de nuestro sistema sanitario público están todos relacionados entre sí en una compleja red de causas y efectos, y aunque su diferenciación pueda ser tan arbitraria y problemática como la priorización de su importancia, aún así, podríamos concluir que en la actualidad los tres problemas estructurales más importantes del Sistema Nacional de Salud son:

---

<sup>56</sup> Reino Unido y países nórdicos, por ejemplo.

1. La insatisfacción de la población.
0. Su inadecuado marco organizativo y de gestión.
0. Disfunciones en la definición y coordinación global del Sistema Nacional de Salud.

Inmediatamente después vendrían otros problemas más específicos, como los desafíos relacionados con la calidad y la efectividad de la práctica clínica, la atención a los ancianos y pacientes crónicos, la financiación específica de esta última<sup>57</sup>, etc.

La insatisfacción de la población con los servicios del Sistema Nacional de Salud es quizás el dato primario más importante, pues resume y es consecuencia de casi todos los demás problemas. Se manifiesta en las encuestas y da lugar a que los ciudadanos que pueden hacerlo –los funcionarios y otras "élites" del mundo laboral- elijan otras alternativas asistenciales bajo cobertura pública<sup>58</sup>. Las listas de espera, la escasa cultura de servicio, que se manifiesta en información deficiente a los pacientes/familiares, trato poco personal, arbitrariedades organizativas, mobiliario y mantenimiento descuidado, deficiencias de la atención primaria a domicilio, y, en general, la ausencia de atención a los detalles del servicio, son parte de este problema. Aspectos todos éstos que, aunque vinculados a la masificación de un servicio de cobertura universal, no tienen por qué derivar sin más de este dato sino de la inadecuada organización y gestión del mismo.

Ese inadecuado marco organizativo y de gestión de los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, constituye, sin duda alguna, un problema fundamental de la sanidad española. Contrariamente a lo que sucede en otros países con larga tradición de

sanidad pública, en España las instituciones del Sistema Nacional de Salud son parte muy poco diferenciada de la Administración Pública general en la que se integran o de la que dependen, cuando la Administración pública general –necesitada como tal, por otra parte, de profundas reformas- incluso donde ésta es más modélica, no es la ubicación adecuada para una actividad tan compleja y específica como son los servicios sanitarios modernos.

Aspecto crucial de esta situación es la ausencia de un marco jurídico adecuado, tanto para los centros sanitarios individuales como para los entes de los que forman parte (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria –INGESA- y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas), y es que lo específico de la sanidad pública, su importancia social, política y económica, requiere, más que un difícil acomodo a fórmulas jurídicas pensadas para otros objetivos, la realización de un "traje legal a medida" diseñado de acuerdo con sus necesidades y sujeto a revisiones periódicas, según sea necesario. Las necesarias reformas de la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud –y antes las de su marco jurídico- debieran en este sentido centrarse en especial, y con cierta urgencia, en los hospitales y sus formas de gobierno, así como en la reordenación de los servicios de atención primaria, los dos niveles operativos en los que son atendidos los pacientes.

Éstos y otros problemas del Sistema Nacional de Salud no son, es obvio, recientes. Vienen de antiguo y en no poca medida surgen porque las viejas estructuras de organización y gestión heredadas, que no sirven para los nuevos tiempos, en lo esencial no se han reformado. Son pues precisos cambios estructurales profundos en estos apartados que no se dieron con la Ley General de Sanidad, ni posteriormente con Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

## ***2.- El Sistema Nacional de Salud y su implantación parcial***

La Ley General de Sanidad definió –y define- un modelo sanitario en el que quedan integradas todas las estructuras y servicios públicos al servicio

<sup>57</sup> *Intencionadamente no se incluye la financiación sanitaria entre los problemas más prioritarios del Sistema Nacional de Salud, por considerar que una vez que el Sistema Nacional de Salud está financiado por impuestos y que tiene un nivel aceptable de suficiencia, la dotación de recursos para el Sistema Nacional de Salud y su distribución territorial es más un tema general de política fiscal y autonómica que de política sanitaria. Además, las reformas estructurales que con más urgencia precisa el Sistema Nacional de Salud son independientes de su financiación.*

<sup>58</sup> *Más del 85% de los funcionarios de MUFACE y MUGEJU eligen ser atendidos fuera del sistema sanitario público.*

de la salud<sup>59</sup>. Asimismo, en lo funcional, dicho modelo asume todas aquellas actuaciones que permiten hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, lo que conlleva actividades tanto de promoción, prevención de la salud, prestación de la asistencia sanitaria, reparadoras, como de salud pública, en general y para sectores o ámbitos concretos de riesgo para la salud individual o colectiva (salud laboral, saneamiento, residuos, alimentos o productos farmacéuticos, entre otros). Este modelo se articula como un Sistema Nacional de Salud en el que todas las Administraciones públicas con competencia en la materia organizan y desarrollan las acciones sanitarias dentro de una concepción integral de la sanidad pública.

En suma, el elemento básico al que responde la configuración del Sistema Nacional de Salud es el de integración, que se manifiesta en dos vertientes: la institucional, como integración de las estructuras sanitarias públicas, y la funcional, como integración de las funciones y actividades. La primera queda reflejada en la definición legal del Sistema Nacional de Salud como “*el conjunto de los servicios de salud de la Administración General del Estado y de los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas*”<sup>60</sup>, y la segunda en la afirmación de la Ley General de Sanidad de que “*El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud*”<sup>61</sup>. Pero, al mismo tiempo, este principio de integración del sistema sanitario público que inerva el modelo debe articularse de manera compatible con el principio de descentralización territorial al que responde nuestro Estado autonómico. Por ello, la efectiva integración o concentración de las redes sanitarias públicas se produce a nivel territorial de las Comunidades Autónomas, las

cuales deben constituir sus propios Servicios de Salud como organizaciones sanitarias integradas<sup>62</sup>.

Ahora bien, cuando la Ley General de Sanidad de 1986 –que instaura dicho modelo, institucionalizando el Sistema Nacional de Salud– entra en vigor, se dan una serie de circunstancias que impidieron la inmediata puesta en funcionamiento de ese modelo en todo su alcance. En efecto, en 1986 la descentralización sanitaria no era más que una perspectiva de futuro; de ahí que la Ley se refiera ampliamente a los servicios de salud del Estado, cuya gestión de la asistencia sanitaria, asumida por el INSALUD, se extiende más allá de sus competencias exclusivas. Por otra parte, el sistema de financiación sanitaria seguía respondiendo al propio de la Seguridad Social, y por tanto, la sanidad se financiaba de manera mayoritaria por cotizaciones sociales, lo que contradecía el carácter universal de la asistencia sanitaria proclamado por la Ley (art. 3.2). En definitiva, el modelo sanitario ordenado por la Ley General de Sanidad se estableció por ésta con perspectivas de futuro, sin un plazo determinado y con la previsión realista de que la aplicación de la reforma se haría de forma paulatina<sup>63</sup>.

Por todo ello, el Sistema Nacional de Salud ha estado sometido casi hasta ahora mismo a un régi-

<sup>59</sup> Artículo 44.1 Ley General de Sanidad.

<sup>60</sup> Artículo 44.2 Ley General de Sanidad.

<sup>61</sup> Artículo 45 Ley General de Sanidad.

<sup>62</sup> Así se desprende del artículo 50.1 Ley General de Sanidad al establecer que “*en cada Comunidades Autónomas se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma*”.

<sup>63</sup> Su Disposición Adicional Sexta dispone que los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con su Estatuto. En los restantes casos, la red sanitaria de la Seguridad Social se coordinará con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.

En su Disposición Transitoria Primera se establece que las Corporaciones Locales que en la actualidad disponen de servicios y establecimientos sanitarios que lleven a cabo actuaciones que en la Ley General de Sanidad se adscriban a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, establecerán de mutuo acuerdo con los Gobiernos de éstas un proceso de transferencia de los mismos.

En el mismo sentido, la Disposición Transitoria Tercera permite la subsistencia del INSALUD en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia, y la Disposición Final Segunda obliga al Gobierno a la armonización y refundición de las normas recogidas en la misma hasta que los sistemas públicos de cobertura sanitaria queden integrados en el Sistema Nacional de Salud.



men provisional y transitorio, de carácter mixto y asistemático, y parcialmente descentralizado, al corresponder al Estado, a través del INSALUD, la gestión de los servicios sanitarios de manera efectiva en una gran parte del territorio nacional. De ahí, que hasta no hace mucho el Ministerio de Sanidad haya estado más preocupado por la gestión sanitaria (cometido que institucionalmente no le correspondía, salvo en régimen transitorio) que por la coordinación del propio Sistema (su auténtico papel dentro del modelo y el auténtico reto para el futuro).

La propia Ley General de Sanidad preveía que una vez terminado el proceso de traspasos de la asistencia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas, el Estado sería el encargado de desempeñar el papel de director y coordinador general del Sistema Nacional de Salud, a través de las competencias exclusivas que constitucionalmente tiene reservadas: sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad, legislación sobre productos farmacéuticos y legislación básica de la Seguridad Social. A lo que debe añadirse el ejercicio de la Alta Inspección, no explícito en el texto constitucional, pero contemplado expresamente en todos los Estatutos de Autonomía y en la propia Ley General de Sanidad.

Pues bien, no ha sido hasta fechas recientes cuando se ha hecho efectiva la culminación del proceso de descentralización sanitaria (a través de los últimos Reales Decretos de traspasos de los servicios, centros y funciones, de 28 y 29 de diciembre de 2001) y la determinación de un nuevo régimen financiero para la sanidad basado en la imposición positiva (Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que establece el actual sistema de financiación autonómica). La descentralización sanitaria general deja de ser así una perspectiva de futuro –como la contempló la Ley General de Sanidad de 1986– para convertirse en un hecho, que consecuentemente debe conllevar que el sistema sanitario funcione en su integridad como tal Sistema Nacional de Salud, y que a tal fin, la cooperación y la coordinación entre las distintas instancias públicas competentes y el Estado, garante último de la cohesión en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, asuman el papel fundamental que lógicamente han de tener en un Sistema así diseñado.

Es lo que pretende afianzar la reciente Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 en los términos que ya hemos expuestos. Pero, aún así, el peso del diseño tentativo de la Ley General de Sanidad de 1986, sigue lastrando la configuración del Sistema Nacional de Salud, y sin que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud haya ajustado, como hubiera sido necesario, ese diseño y su organización a la plena realidad actual de un sistema sanitario ya plenamente descentralizado, pero necesariamente cohesionado y coordinado, entre otras técnicas dotando al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de mayor operatividad de la que hasta ahora ha sido capaz.

Por otra parte, no ya la adecuada funcionalidad, sino la estricta implantación efectiva del Sistema Nacional de Salud requiere, aún hoy, la definitiva desvinculación de la asistencia sanitaria del Sistema de la Seguridad Social, pues, todavía hoy, la inclusión de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud sigue planteando reticencias. Para empezar, la propia y tan reciente Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se ha promulgado al amparo, al tiempo, del art. 149.1.16<sup>a</sup> -título general de sanidad- y 17<sup>a</sup> -régimen de la Seguridad Social- de la CE, y la Ley 29/2001, de 27 de diciembre, modifica el artículo 86.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1994, para dejar bien sentado que la asistencia sanitaria tiene naturaleza no contributiva, pero que queda incluida en la acción protectora de la Seguridad Social. La asistencia sanitaria se sigue considerando así vinculada al Sistema de la Seguridad Social, cuestión no baladí, pues de la inclusión de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud o en la Seguridad Social se derivan consecuencias totalmente diferentes.

En suma, no se ha modificado, en esencia, en este punto la situación preexistente. Es muy posible que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud al invocar como título competencial el artículo 149.1.17<sup>a</sup> CE, y no sólo el 149.1.16<sup>a</sup> CE, haya buscado tener un “plus” competencial para garantizar la cohesión sanitaria dentro del marco de descentralización de los servicios sanitarios en el que ya nos encontramos. Pero de lo que no cabe ninguna duda es que todavía hoy, tras casi dos décadas desde

la Ley General de Sanidad de 1986, persiste el asistematismo y la confusión entre el Sistema Nacional de Salud y la Seguridad Social.

### ***3.- Para una reforma del Sistema Nacional de Salud***

Como ya hemos dicho, el Sistema Nacional de Salud está asentado al tiempo sobre el principio de integración y el de descentralización territorial. La conjugación de estos dos criterios, en principio antagónicos, exige –toda vez que una integración global estatal formalizada orgánicamente sería incompatible con el principio constitucional de autonomía y las competencias sanitarias de las Comunidades Autónomas- que la efectiva integración o concentración de las redes sanitarias públicas se produzca a nivel territorial de las Comunidades Autónomas, las cuales deben constituir sus propios servicios de salud como organizaciones sanitarias integradas. Pero al Estado corresponde –en garantía de la mínima unidad y uniformidad de los servicios sanitarios, y de la igualdad esencial de todos los ciudadanos en el disfrute del derecho a la protección de la salud-, el ejercicio de poderes normativos básicos y la instrumentación de la coordinación y planificación sanitaria, en particular a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano colegiado sectorial con competencias en el ámbito de la coordinación y planificación de la sanidad.

Sin embargo, el hecho cierto es que nuestro sistema sanitario público muestra dificultades para poder funcionar correctamente en el plano de la coordinación y la planificación. Por ello, para garantizar lo que siempre lo ha caracterizado (la práctica universalidad en las prestaciones sanitarias, la equidad y solidaridad en su reparto), aún con manifiesta posibilidad de mejora en todo ello, el Sistema Nacional de Salud debería sustentar su actuación futura sobre la necesaria mejora de tres elementos claves: la coordinación general sanitaria, la cooperación institucional, y la potenciación del papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Es más, para ello quizá resulte imprescindible una redefinición del Sistema Nacional de Salud, que lo adapte –sin eufemismos, en su estricta organización- a los importantísimos cambios que han tenido

lugar desde 1986. Porque el desarrollo de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas derivado de las transferencias sanitarias, ha dotado al conjunto de las estructuras, centros y servicios sanitarios de todo el país de una dimensión y connotaciones bien distintas de las que pudiera tener en 1986, e incluso en 2001. Sin embargo, frente a ello, el Sistema Nacional de Salud sigue siendo en gran medida el concepto –más que la realidad- establecido en la Ley General de Sanidad de 1986, es decir, una entidad no tangible más allá del Ministerio de Sanidad y Consumo, situado teóricamente en su vértice. Una realidad fundamentalmente conceptual y visible orgánicamente sólo en las reuniones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, por otro lado, el órgano más necesitado de reforma, máxime cuando en estos momentos se encuentra en plena crisis, convertido en palestra política. Su manifestación más aguda, en los últimos tiempos, es la negativa de los representantes de las Comunidades Autónomas gobernadas por el partido político en la oposición a acudir a sus convocatorias. Esta situación, que no es nueva, debe llevar a replantearse de manera definitiva su diseño institucional.

En suma, los grandes cambios sanitarios de los últimos años debieran ir también acompañados de la correspondiente adecuación organizativa del Sistema Nacional de Salud. Esta adecuación es fundamental en estos momentos, pues el Sistema Nacional de Salud precisa de una organización propia, eficaz, estable y útil para gestionar la coordinación y cooperación interna del Sistema. Precisamente, la carencia de esa adecuación organizativa del Sistema Nacional de Salud que pueda sustentar la coordinación y gestión de servicios comunes a todos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, tiene una evidente repercusión para una sanidad pública que va dejando, cada vez más, de ser identificada con la Seguridad Social, pero que carece, a su vez, de otra referencia organizativa de recambio, dado el cierto carácter orgánicamente inarticulado con que el Sistema Nacional de Salud hoy se configura.

Para precisar esta cuestión, conviene distinguamos entre el Sistema Nacional de Salud como estructura prestacional, integrado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

mas –y los residuales de las otras Administraciones, como las del Estado, en su caso-, de una parte, y, de otra, la organización del Sistema Nacional de Salud. Conforme a lo primero, el Sistema Nacional de Salud es –debe configurarse- como un sistema único que funcione de manera coherente, armónica y solidaria, pero, claro está, descentralizado, pues, la gestión de la asistencia sanitaria corresponde –conforme a sus competencias- a las Comunidades Autónomas, que asumen la titularidad de sus respectivos Servicios públicos de Salud y prestan la asistencia sanitaria a los ciudadanos en el marco de una amplia autonomía organizativa. Eso si, sin perjuicio del respeto a las competencias del Estado en la materia (normativa básica, coordinación general sanitaria y alta inspección).

Ahora bien, en cuanto a lo segundo, hoy por hoy, esa organización del Sistema Nacional de Salud no pasa de la yuxtaposición en cada Comunidad Autónoma –y el acúmulo resultante a nivel global en el Estado- de la organización de su respectiva Administración Sanitaria y su Servicio de Salud dependiente de ésta, con la sola expresión a nivel estatal, en esencia, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, un órgano éste caracterizado por el carácter voluntario-cooperativo de sus decisiones derivadas de las representaciones que integra, y claramente insuficiente –por su estructura logística, y aún su propio carácter de mero “lugar de encuentro”-, para lo que el sistema sanitario en su conjunto necesita. Apostamos, pues, por ) y con la competencia de coordinación general sanitaria atribuida al Estado. una organización de ámbito estatal, expresiva del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, y con fines de coordinación ciertamente, pero estrictamente tal. En hipótesis, a través de una entidad dotada de propia personalidad jurídica (al igual que todos los Servicios autonómicos de Salud que lo componen, y que ya gozan de dicha personalidad<sup>64</sup>

En hipótesis, se trataría de configurar orgánicamente al Sistema Nacional de Salud, como expresión global del entero sistema sanitario –o al menos de la expresión logística-, como una entidad personificada. En principio nada obstaría a que esa entidad fuera una Administración institucional vinculada al Ministerio de Sanidad y Consumo, encargada de la gestión de la competencia estatal de coordinación sanitaria, competencia ejercida en estos momentos por la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, y bien podría descentralizarse en dicha entidad. Además, para el desarrollo de sus funciones, el Sistema Nacional de Salud ya cuenta con una serie de órganos que, sin embargo, hoy están adscritos al Ministerio de Sanidad (así, el propio Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; la Agencia de Calidad, el Sistema de Información sanitaria, etc.), órganos que bien podrían integrarse en esa entidad institucional del Sistema Nacional de Salud, como sería el caso de dicho Consejo –por la peculiaridad de su composición y funcionamiento-, como órgano de cabecera de su organización.

En este orden de cosas, aunque el Estado continuaría ejerciendo directamente las competencias sobre sanidad exterior y Alta Inspección, la competencia de coordinación general sanitaria recogida en la CE, titularidad del Estado (y necesaria no sólo en el nivel normativo, sino en el de la programación y la ejecución en la materia sanitaria), se gestionaría por

---

*crita a la Consejería competente en materia sanitaria. El Servicio madrileño de Salud se regula como Ente de derecho público, de los previstos en el artículo 6 de la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, Reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, adscrito a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (art. 59 Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid). En la Comunidad Valenciana se crea la Agencia Valenciana de Salud como organismo autónomo, de carácter administrativo, de la Generalitat, adscrito a la Consellería de Sanidad, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines (art. 23 Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación sanitaria de la Comunidad Valenciana). El Servicio Gallego de Salud se constituye como un organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, adscrito a la Consellería de Sanidad, que ejerce la dirección y control del mismo (art. 32 Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia). Y el Servicio Catalán de la Salud es un ente público de naturaleza institucional, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus finalidades, que queda adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social (art. 4 Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria).*

---

<sup>64</sup> Así, por ejemplo, el Servicio Andaluz de Salud se configura como un organismo autónomo de carácter administrativo adscrito a la Consejería de Salud (art. 64 Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía). El Servicio Extremeño de Salud, según el artículo 57 de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, se define como organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, de tesorería propia y facultades de gestión del patrimonio afecto, para el cumplimiento de sus fines y ad-

esa entidad de Derecho público, “gestora” al cabo del Sistema Nacional de Salud a nivel estatal, en tanto que fórmula o técnica orgánica –de personificación en este caso- para la coordinación. Sólo así, podría garantizarse eficazmente la coordinación general sanitaria articulándola al doble nivel lógico de esa coordinación –la información, la decisión-, con un sistema de información sanitaria integrado, útil

para todos los Servicios de Salud, fruto de la recíproca información transmitida entre todos los agentes implicados, y un sistema coordinado –y en su caso cooperativo- entre aquéllos para la decisión (en su caso por el Consejo Interterritorial, como órgano de cabecera de dicha organización) y el seguimiento de lo decidido. Todo ello, claro está, a partir del principio de lealtad institucional.