



La Ley General de Sanidad y las crisis económicas: ¿El final del túnel?

JULIO SÁNCHEZ FIERRO

Abogado y exsubsecretario de Sanidad y Consumo

El transcurso de tres décadas desde la aprobación de la Ley General de Sanidad ofrece una perspectiva suficiente para afirmar que, desde su entrada en vigor, buena parte de sus principios básicos se han visto sometidos a los vaivenes de nuestra economía. Se trata de una Ley, de indiscutible importancia dentro de nuestro modelo de protección social, que surgió coincidiendo con la crisis económica de los años 80; que vivió sus mejores momentos expansivos durante parte de la pasada década y que se ha visto zarandeada por la grave crisis que se inició a mediados de 2007.

KEY WORDS: Ley General de Sanidad, PIB, presupuestos, Consejo Interterritorial, universalidad, acceso, 16/2012, SNS, crecimiento, crisis, FLA.

El transcurso de tres décadas desde la aprobación de la Ley General de Sanidad nos ofrece suficiente perspectiva para afirmar que, desde que entró en vigor, buena parte de sus principios básicos se han visto fuertemente sometidos a los vaivenes de nuestra economía. Se trata de una Ley, de indiscutible importancia dentro de nuestro modelo de protección social, que surgió coincidiendo con la crisis económica de los años 80; que vivió sus mejores momentos expansivos durante parte de la pasada década y que se ha visto zarandeada por la grave crisis que se inició a mediados de 2007. Ahora, la situación del sistema sanitario está cambiando a mejor, entre otras razones, porque la economía española ha vuelto a crecer a buen ritmo, por encima de la media europea.

Volviendo a los orígenes de la Ley General de Sanidad, hay que destacar que fue elaborada y aprobada en un clima político de grandes expectativas. Sin embargo, dada la gravedad de la coyuntura de aquel momento, fue preciso enfriar un tanto el proyecto sanitario, ciertamente ilusionante, pero poco realista. Y ello porque aquellos tiempos eran tiempos de crisis económica y de elevado desempleo. Esto obligó al Gobierno socialista a dar prioridad a la reforma de nuestras estructuras productivas. La reconversión industrial de España fue la mejor expresión de aquel contexto. Para llevarla a cabo fueron necesarios drásticos ajustes presupuestarios, lo que, a su vez, supuso drenar recursos que, en otro caso, habrían servido para financiar otras políticas públicas, entre ellas, la sanitaria. Por esto mismo, los ambiciosos propósitos de los redactores de la Ley General de Sanidad finalmente se vieron muy “rebajados”.

Una consecuencia concreta fue, por ejemplo, que la universalidad, esto es, la extensión de la asistencia sanitaria pública a todos los ciudadanos, no pudiese financiarse y tuviera que ser aparcada. Esto explica que la disposición transitoria quinta de la Ley General de Sanidad estableciese que la cobertura se implantaría de “modo progresivo”, sin anunciar ningún calendario.

Otro efecto derivado de aquel complejo entorno económico fue que el Gobierno dudase sobre el modelo de financiación y que no previera instrumentos para garantizar recursos suficientes para prestar una asistencia sanitaria de calidad.





El modelo de financiación al que respondía la Ley General de Sanidad no era coherente ni con una Sanidad concebida como servicio público (financiada con impuestos) ni tampoco con un modelo *bismarckiano* (financiada con cotizaciones a la Seguridad Social). El Gobierno socialista se inclinó por una tercera vía, por un modelo menos transparente y de carácter mixto (impuestos más cotizaciones sociales). El posterior proceso de transferencia de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas aún complicó más el modelo financiero.

Fue preciso esperar a 1997 para que la Ley de Consolidación y Modernización del Sistema de Seguridad Social diese un paso firme en favor de la financiación en base a impuestos. Hasta entonces el 28 por ciento del presupuesto sanitario se sostenía con cotizaciones.

Pues bien, superada aquella crisis económica, España entró en la senda del crecimiento, lo que permitió al entonces ministro José Manuel Romay Beccaría contar con una importante inyección adicional de recursos para mejorar el funcionamiento del sistema sanitario público. Esta nueva etapa de bonanza económica coincidió con un considerable crecimiento del gasto sanitario, debido, entre otros factores, al envejecimiento demográfico, a los avances en la investigación biomédica, a los nuevos fármacos y a la innovación tecnológica.

Tras el cambio de Gobierno, el presidente José Luis Rodríguez Zapatero convocó una Conferencia de Presidentes Autonómicos en 2005 para explorar la situación del Sistema Nacional de Salud y ver cómo cubrir sus nuevas necesidades de financiación. Aquella reunión generó grandes expectativas, que luego no se vieron correspondidas con los hechos. En esencia, todo quedó reducido a una aportación adicional de 500 millones de euros al Sistema Nacional de Salud, cifra claramente insuficiente, y a la posibilidad de que las Comunidades Autónomas obtuvieran anticipos de tesorería con cargo a la recaudación de años venideros.

Con esta discutible medida se aliviaban los problemas económicos temporalmente, pero a

El modelo de financiación al que respondía la Ley General de Sanidad no era coherente ni con una Sanidad concebida como servicio público ni tampoco con un modelo *bismarckiano*



costa de poner en marcha una perversa maquinaria de endeudamiento estructural sin tener en cuenta que la evolución de la economía podría ser adversa, que fue lo que realmente sucedió a partir de 2008.

La Conferencia de Presidentes autonómicos fue una oportunidad perdida para definir un nuevo modelo de financiación sanitaria; un modelo finalista que pudiera sustituir al controvertido sistema de financiación autonómica en el que los recursos presupuestarios que deberían estar dedicados específicamente a servicios y prestaciones sanitarias, aparecen diluidos y a merced de criterios de oportunidad política.

También aquella Conferencia fue una oportunidad perdida para fijar un nuevo y más razonable *modus operandi* en las relaciones entre el Consejo Interterritorial y el Consejo de Política Fiscal, clave para poder dar certidumbre a las políticas sanitarias, tanto a las comunes como a las específicas de las Comunidades Autónomas. En suma, tras la reunión de Presidentes, permanecieron pendientes la mayoría

de los problemas económicos del sistema sanitario público, problemas que no tardaron en agudizarse. Esto obligó al Gobierno socialista a adoptar medidas urgentes para tratar de encauzar una situación caracterizada por un abultado déficit, por la acumulación de deudas y por una alta morosidad.

Parecía que el sistema sanitario público estaba abocado al colapso financiero. Tal posibilidad venía abonada por los siguientes hechos y circunstancias:

- Si entre 2003 y 2007 la participación del gasto sanitario en el PIB creció dos décimas pasando del 5,5 por ciento al 5,7, luego, en 2011, llegó a situarse en el 6,7 por ciento.
- Ese incremento se produjo dando la espalda a un entorno de crisis económica aguda, tan grave que a punto estuvo de llevarnos al 'rescate'.
- Aunque el déficit presupuestario sanitario venía de lejos, lo cierto es que en 2011 se había alcanzado una cota extraordinaria y de todo punto inaceptable: 13.978 millones de euros.



Para intentar corregir semejante escenario financiero, el Gobierno de Rodríguez Zapatero adoptó las siguientes decisiones:

- Aplazó *sine die* la universalidad en el acceso a las prestaciones sanitarias públicas (disposición adicional sexta de la Ley General de Salud Pública de 2011), condicionándola a la “evolución de las cuentas públicas”,
- Aprobó medidas extraordinarias y urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. A ello se orientaron los Reales Decretos Ley de 2010 y 2011, que fundamentalmente se centraron en el recorte del gasto farmacéutico.
- Promovió acuerdos para la calidad y la racionalización del gasto en el seno del Consejo Interterritorial (18 de Marzo de 2010).

A pesar de todo ello, el endeudamiento del Sistema Nacional de Salud prosiguió, llegando a acumular una deuda de 16.000 millones de euros, en tanto que los mencionados acuerdos del Consejo Interterritorial, sin duda llenos de buenos propósitos, se mostraron poco útiles, ya que las Comunidades Autónomas bordearon lo pactado y decidieron seguir su propio camino.

A tal fin las Administraciones autonómicas impulsaron medidas de ahorro, de muy distinto calado y contenido. Parte de ellas, por cierto, han propiciado negativos efectos colaterales, en especial preocupantes diferencias en el acceso de las pacientes a las prestaciones en función del lugar en el que residan.

Luego, el Gobierno del Partido Popular tomó el relevo y, para hacer sostenible el sistema sanitario público, aprobó el Fondo de Liquidez Autonómico y el Real Decreto Ley 16/2012.

La primera de estas medidas fue muy bien recibida, porque, en definitiva, suponía un considerable alivio para las Comunidades Autónomas. Las extremas tensiones financieras que entonces soportaban se vieron relajadas.

Porsu parte, el Real Decreto Ley 16/2012 se orientó a favorecer la contención del gasto, abriendo un proceso de reformas estructurales. Sus medidas fueron recibidas de modo desigual. Algunas de ellas se entendieron adecuadas como por ejemplo la exención de copago por medicamentos a los para-

Parece evidente que en la actualidad hace falta un gran pacto sanitario, similar al Pacto de Toledo

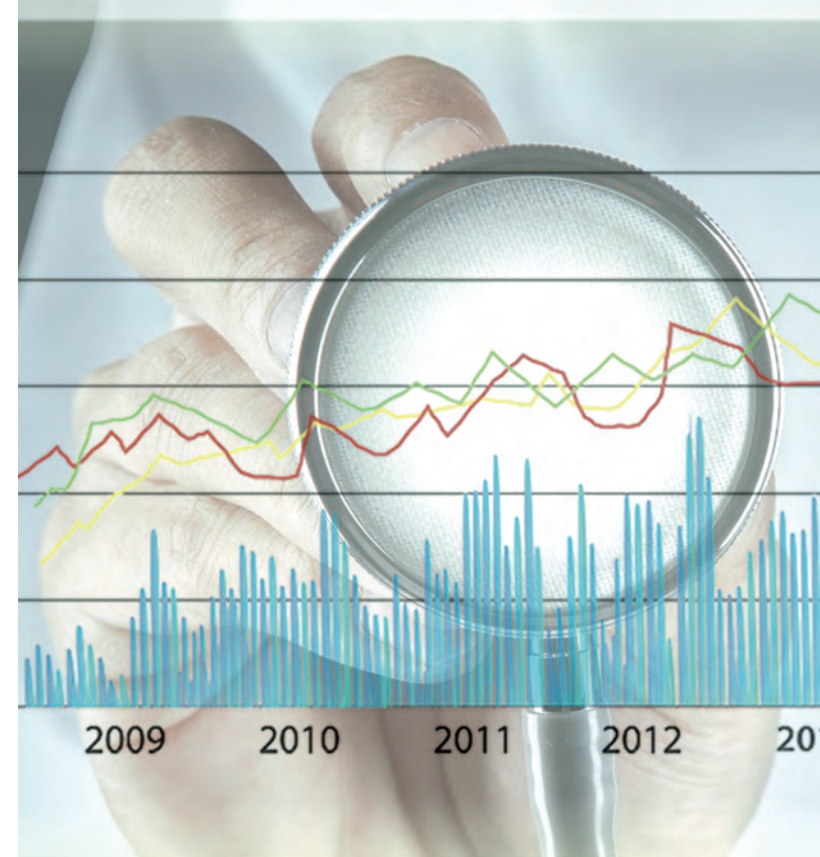
dos y el nuevo copago farmacéutico en función de la renta, pero no así otras, que cosecharon duras críticas por parte de la oposición, en particular la formulación jurídica del principio de universalidad.

En opinión de algunos, el Real Decreto Ley rompe tal principio pero, como vimos antes, tal principio en realidad, nunca ha sido plenamente efectivo (ver disposición transitoria quinta de la Ley General de Sanidad de 1986 y disposición adicional sexta de la Ley General de Salud Pública de 2011). En cualquier caso, el debate sobre la universalidad de la asistencia sanitaria no debería ser, ni mucho menos, el asunto central, que habría de ser cómo salir del túnel de la incertidumbre y de la inestabilidad y cómo lograr la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

A estos efectos, parece evidente que hace falta un gran Pacto sanitario, similar al Pacto de Toledo, en el que aparezcan consensuadas aquellas herramientas que garanticen el futuro de nuestra Sanidad.

¿Cuáles serían esas herramientas? Sin duda, aquellas que sirvan para:

- Ganar en eficiencia, adecuando la organización de la Sanidad al cambio de paradigma asistencial y poniendo el acento en la atención integral y continuada.



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

En cualquier caso, después de los ajustes de 2012 y 2013 y una vez instalada nuestra economía en la senda del crecimiento a partir de 2014, parece justo pedir que el porcentaje de participación del gasto sanitario en el PIB se reconsidere y se recupere en la proporción que sea adecuada a las nuevas necesidades del sistema sanitario, acercándose más a los estándares de otros países de nuestro entorno.

En este sentido, cabe señalar que si todo apunta a que la nueva Legislatura, la número XII de nuestra andadura democrática, vendrá marcada por la política de reformas, sería lógico, además de necesario, pedir que entre dichas reformas se priorice la del modelo de financiación sanitaria, ya que es fundamental para preservar el Sistema Nacional de Salud como una de las columnas básicas de nuestro Estado del Bienestar.

El periodo analizado (2003-2011) pretende poner de relieve la sinrazón de que el gasto sanitario creciese a ritmo acelerado a partir de 2008 y hasta 2011 a pesar de que España se encontraba en lo más profundo de la crisis y de que los presupuestos eran deficitarios.

FIGURA 1

GASTO SANITARIO PÚBLICO: Evolución 2003-2011

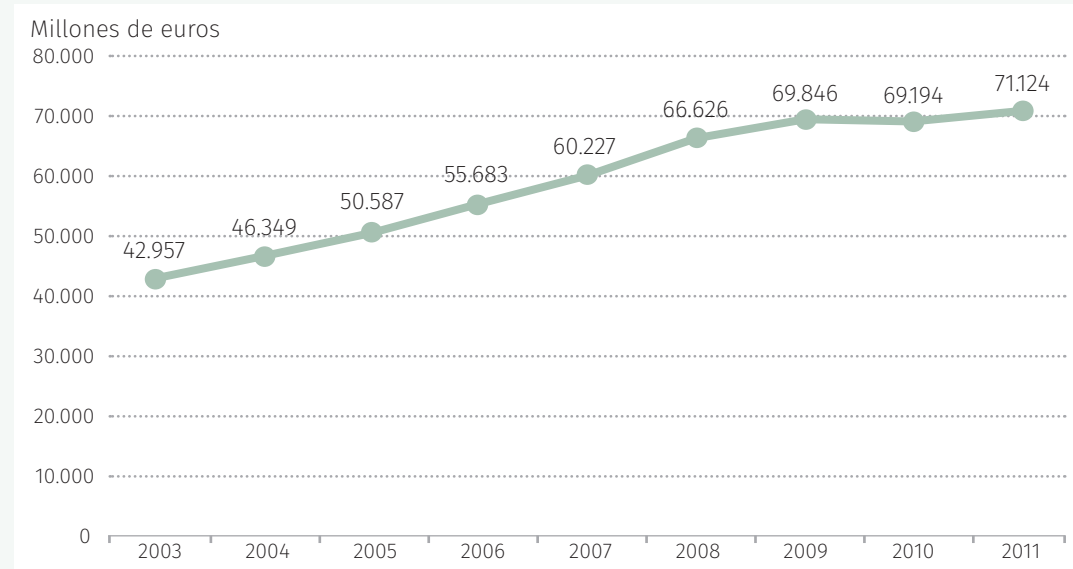


FIGURA 2

GASTO SANITARIO PÚBLICO: Evolución 2003-2011

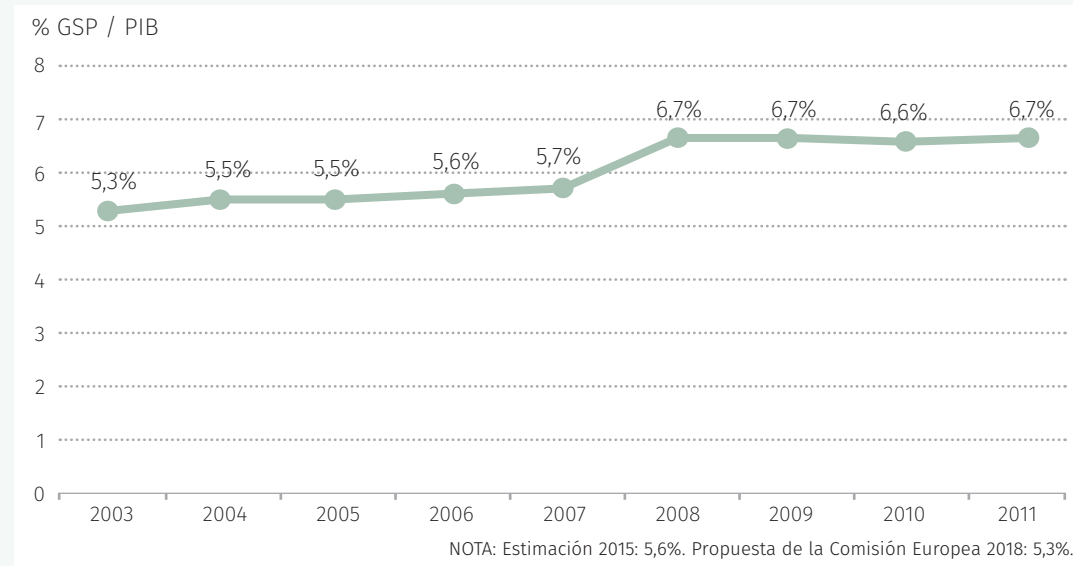


FIGURA 3

GASTO SANITARIO PÚBLICO: DÉFICIT PRESUPUESTARIO (LIQUIDACIÓN-PPTO. INICIAL)*

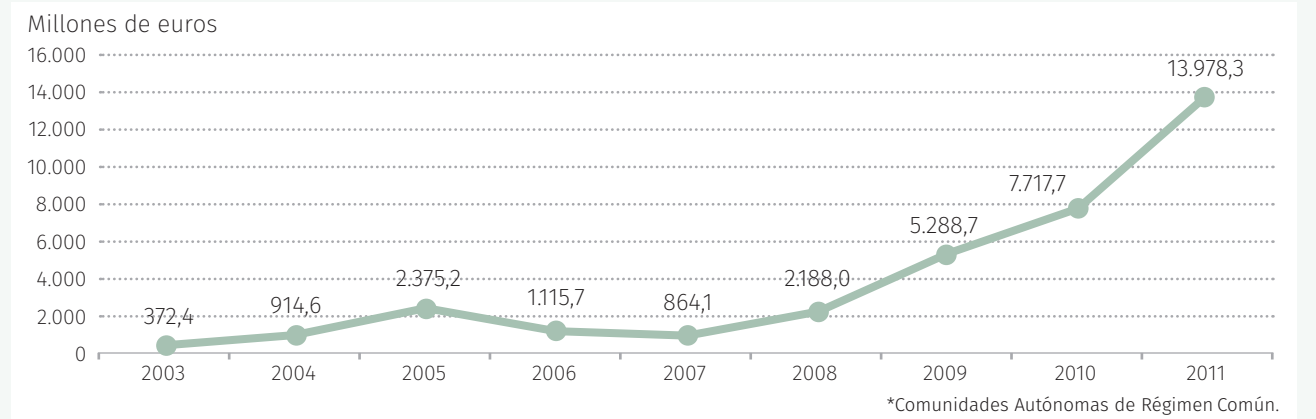


FIGURA 4

UNIÓN EUROPEA: COMPARACIÓN ENTRE VARIOS PAÍSES % DEL PIB DEDICADO A SANIDAD (PÚBLICA Y PRIVADA)

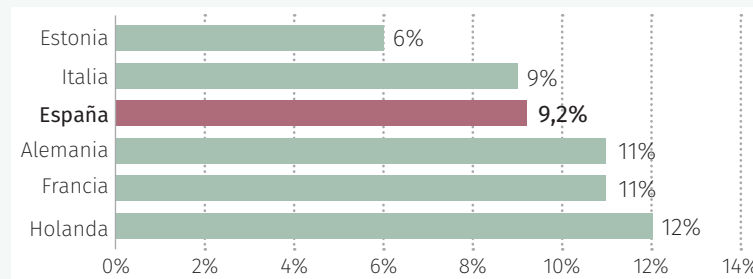


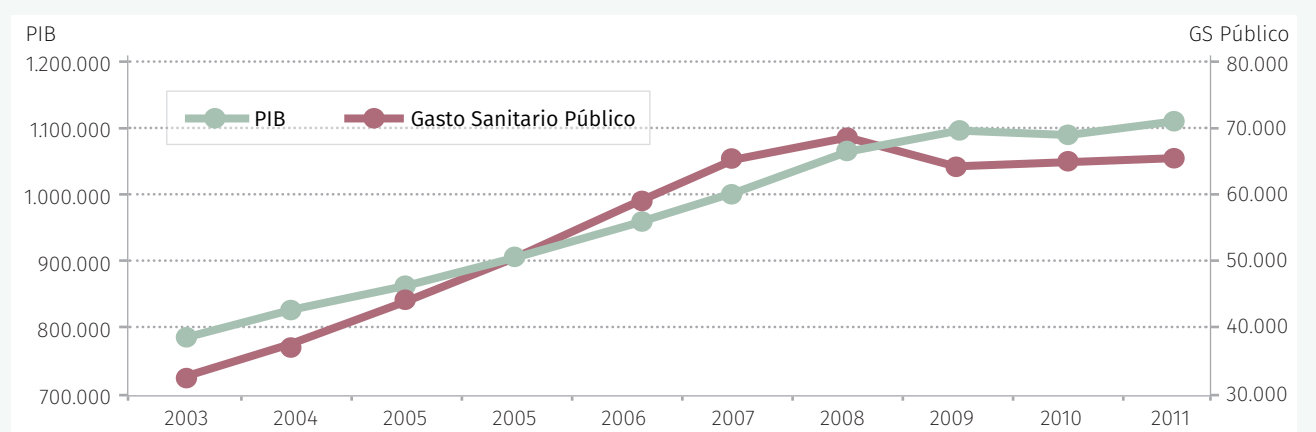
TABLA 2

PREVISIONES DE GASTO SANITARIO TOTAL EN AÑO 2040

	% PIB
Media global	9%
Media UE	8,2%
España	11,2%

FIGURA 5

EVOLUCIÓN DEL PIB Y DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO



Fuentes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, OMS, Instituto de Evaluación y Estadísticas Sanitarias de Seattle, Delanced y elaboración propia.