

**COLABORACIÓN ESPECIAL****VIGENCIA DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD  
TRAS VEINTICINCO AÑOS**

Juan José Criado Álvarez (1), José Ramón Repullo Labrador (2) y Ángel García Millán (1)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. SESCAM

(2) Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

**RESUMEN**

Desde su promulgación en 1986, la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) ha sufrido sucesivos cambios que han consolidado un modelo de Sistema Nacional de Salud. La Ley se plasmó en 113 Artículos, 10 Disposiciones Adicionales, 5 Disposiciones Transitorias, 2 Disposiciones Derogatorias y 15 Disposiciones Finales, en total tiene 143 artículos. Tras la revisión de toda la legislación aparecida desde 1986 hasta la actualidad podemos ver que hay 106 artículos (74,2%) que han perdido efectividad normativa y merecen un análisis o reflexión. Todos pueden ser clasificados en cuatro grupos, 26 artículos derogados y modificados (18,2%), 33 artículos clasificados como obsoletos (23,1%), 6 artículos denominados inmaduros (4,2%) y, finalmente, el grupo crítico (temas controvertidos con redacción ambigua) que tiene 41 artículos (28,6%). Tras un cuarto de siglo de vigencia de la Ley hay dos tercios de la misma que deben ser revisados. Vista esta debilidad jurídica, parece que una nueva Ley del Sistema Nacional de Salud para el siglo XXI debería ser el objetivo central del pacto político por la sanidad

**Palabras clave:** Ley General de Sanidad. Financiación. Coordinación. Cooperación.

**ABSTRACT****Contemporary Relevance of the  
Spanish General Health Act after  
Twenty Five Years**

Since its enactment in 1986, the General Health Law (Law 14/1986) has undergone several changes that have consolidated a model of National Health System. The law was embodied in 113 articles, ten Additional Provisions, five transitional arrangements, two Repeal and fifteen Final Provisions, has altogether 143 articles. After reviewing all legislation that appeared from 1986 to until today we can see that there are 106 articles (74.2%) that have lost regulatory effectiveness and merit analysis or reflection. All these items can be classified into four groups, the repealed and amended 26 articles (18.2%), 33 items of obsolete group (23.1%); the group of ill-developed are 6 articles (4.2%) and the critical (controversial and under ambiguous wording) group that has 41 articles (28.6%). After a quarter century of enforcement of the Act, two thirds of it to be reviewed. This legal weakness suggest the need of a new General Health Act for the Spanish National health System, being it a central objective of a political wide agreement

**Keywords:** General Health Law. Health Watch. Financing, Coordination. Cooperation.

Correspondencia:

Juan José Criado Álvarez

Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina, SESCAM

Calle José Luis Gallo, 2

45600 Talavera de la Reina (Toledo)

## INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el resultado de diferentes cambios e impulsos normativos a lo largo de los últimos 25 años. Estos sucesivos cambios han consolidado un modelo de SNS procedente de un seguro social sanitario, y con la particularidad española de una total descentralización autonómica<sup>1</sup>. La Ley General de Sanidad (LGS)<sup>2</sup> supuso una de las primeras piedras de la configuración actual del SNS. Ernest Lluch no consiguió que la LGS naciera consensuada, ni con la profesión médica ni con el partido en la oposición, Alianza Popular, que se opuso frontalmente. El consenso, curiosamente, se obtuvo diez años después, cuando el Partido Popular en el gobierno, a través de la subcomisión parlamentaria para la consolidación y modernización del SNS, acabó aceptándola. Y el cierre del diseño básico se produjo dieciséis años después, al completarse las transferencias del Insalud a las comunidades Autónomas (CCAA) (enero 2002 con el nuevo sistema de financiación no finalista de la Ley 21/2001)<sup>3</sup>. En estos 25 años se ha ido añadiendo a la LGS diferente legislación sobre Seguridad Social (principalmente el RDL 1/1994)<sup>4</sup>, la Ley de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA Ley Orgánica 8/1980, Ley 21/2001)<sup>5</sup> y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCC, Ley 16/2003)<sup>6,7,8</sup>.

En este trabajo se pretende valorar los principales contenidos básicos que componen el eje normativo del SNS, desde la perspectiva del derecho sanitario y de la seguridad social, identificando las convergencias, divergencias y vacíos o ausencias legales, y caracterizando la situación resultante. A dichos efectos, partimos de una LGS que se plasmó en 113 Artículos, 10 Disposiciones Adicionales (DA), 5 Disposiciones Transitorias (DT), 2 Disposiciones Derogatorias (DD) y 15 Disposiciones Finales (DF). En la actualidad podemos decir que la Ley tiene 143 artículos incluyendo los propiamente dichos de la Ley y las Disposiciones, excep-

to las derogatorias (en la medida en la que incorporan una dimensión regulatoria). Tras la lectura y revisión de la legislación sobre el tema, se ha construido una tabla de trabajo que ha permitido observar las similitudes y diferencias de los artículos. Todos ellos pueden ser clasificados en varios grupos, derogados y modificados (que de forma explícita han sido desplazados por otra norma), artículos obsoletos (donde la regulación se torna inefectiva o irrelevante ante el cambio de la realidad sanitaria), artículos inmaduros (que regulaban temas relevantes, pero que por diferentes problemas de desarrollo o aplicación se marchitaron sin florecer) y el grupo crítico de artículos.

### ARTÍCULOS DEROGADOS Y MODIFICADOS

En total son 26 artículos, podemos pensar que el bajo porcentaje de cambios (18,2%) podría explicar que la LGS fuera de bases generales de la sanidad, por un amplio consenso que ha permitido su vigencia hasta la actualidad o por el bajo nivel que la sanidad ha tenido en la agenda política, lo que supondría más atonía legislativa que adaptación de la norma. Es una ley de marcado carácter estructural y que responde a la necesidad de emprender reformas profundas en la legislación precedente, todo ello como consecuencia de la entrada en vigor de la Constitución Española (CE)<sup>9</sup> que reconoce el derecho de protección a la salud y establece un sistema de distribución territorial y política basado en CCAA que pueden recoger en sus estatutos amplias competencias en materias de sanidad, ello explica el consenso y que la norma pueda servir de mínimos o bases. Se trata de artículos que afectan a los tres actores del SNS: las personas usuarias, el personal sanitario y el propio SNS.

1.1.- Derechos del enfermo y Autonomía del paciente: La LGS supuso un avance al incluir los derechos de los enfermos<sup>10</sup>. La aparición de una medicina menos paternalista y quizás más defensiva hizo que se

aprobará la Ley 41/2002<sup>11</sup>, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>12</sup>. La Ley Orgánica 3/2007<sup>13</sup>, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, ha modificado y orientado la LGS hacia el concepto de igualdad de sexos en 4 artículos.

Legislación sobre personal estatutario: La Ley 55/2003<sup>14</sup>, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud vino a unificar el régimen del personal de los servicios sanitario manteniendo la regulación especial reiteradamente declarada por las normas reguladoras de los servicios públicos, como la Ley 30/1984 de Medidas para la Reforma de la Función Pública<sup>15</sup> (DT 4ª) y la Ley 7/2007<sup>16</sup>, del Estatuto Básico del Empleado Público (artículo 2.3). No obstante, la Ley 55/2003 no llegó a abordar aspectos tan relevantes como las categorías profesionales y las funciones del personal.

**La Alta Inspección y el Consejo Interterritorial:** La Alta Inspección y el Consejo Interterritorial como elementos de cohesión y vertebración del SNS se modificaron con la LCC (Art. 67, 69.7 y la DD 1ª), quedando derogados los artículos 43 y 47, si bien éste último, que regulaba la materia sobre el modelo previsto de las Conferencias Sectoriales, se reproduce idénticamente en la LLC. La descentralización del SNS ha hecho proliferar los órganos de coordinación, así, para la función inspectora tenemos la Alta Inspección (Art. 79 LLC), para la coordinación financiera tenemos el Consejo de Política Fiscal y Financiera que prima sobre el Consejo Interterritorial (DF 2ª LCC). El intento de regulación de la Alta Inspección resulta innecesario y trasnochado, ya que el Art. 76 de la LCC es una copia del Art. 43 de la LGS. Quizás se debería haber desarrollado la figura de la Agencia o Alta Autoridad Tutelar Sanitaria<sup>17</sup>. El RD 2824/198<sup>18</sup>, sobre coordinación y planificación sanitaria, fue el primero en definir en

su Art. 4.1 la Alta Inspección (aunque solo aplicable en aquella época a Cataluña y País Vasco). La segunda vez fue en el Art. 43 de la LGS9. La LOFAGE (Ley 6/1997)<sup>19</sup> dejó en su Art. 22.2.b la competencia del Delegado del Gobierno. Pero se trata de cauces normativos generales fuera de toda legislación relativa a la Alta Inspección<sup>20,21</sup>.

**Una nueva financiación sanitaria:** La financiación del SNS ha pasado de un sistema de cotizaciones a un sistema no contributivo. Pero no han derogado el resto de ingresos, sino que el legislador añadió en el artículo 69 un nuevo apartado e) que coexiste con los apartados a), Cotizaciones sociales y c), de Seguridad Social. El Art. 7.3 de la Ley 21/2001<sup>3</sup> reforzó la idea de separación entre asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y la asistencia procurada por el resto del sistema. Desaparecen de este modo las subvenciones y fondos finalistas y tampoco se impide que cualquier comunidad pueda dedicar más recursos de los que están obligadas a dedicar<sup>22</sup>. También se modifica el sistema de financiación de las comunidades autónomas por la Ley 62/2003<sup>23</sup>, de acompañamiento de 2003, en la medida en que mantiene el sistema de cohesión y establece el Fondo de Cohesión. Este despejó las dudas que planteó el sistema de financiación autonómica, e implica abandonar el Art. 82 de la LGS como cámara de compensación entre comunidades, incluso el hecho de que solo contemple las actividades hospitalarias programadas deja fuera del sistema de compensación a las no programadas. La LCC dotó al Fondo de Cohesión de unas finalidades ambiciosas, ya que serviría para corregir desigualdades y asegurar la cohesión, pero estos principios solo aparecen en la DA 5ª y de un modo artificioso o pomposo. La Ley 21/2001<sup>3</sup> supuso una novedad con “vocación de permanencia” (Exposición de Motivos). Esta mejora legislativa, al incorporar los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, es menor, ya que al tratarse de una Ley ordinaria, no vincula al legislador en materia presupuestaria de años

posteriores. Este cambio en el modelo de financiación de la LGS también ha tenido su influencia en el RDL 1/1994<sup>4</sup>, ya que la Seguridad Social se ha tenido que acomodar a la nueva situación creada con el hecho de que la asistencia sanitaria pase a ser una prestación no contributiva y universal. Con estos cambios se opta por dejar abierto el terreno para que sea la legislación autonómica la que fije las pautas de la financiación sanitaria<sup>24</sup>. Dejando también pendiente la tendencia universalizadora de la LGS (Art. 1.2, 3.2 y 46a), la existencia de las empresas colaboradoras de la Seguridad Social (Art. 77.1.b del RDL 1/1994)<sup>4</sup>, e incluso que en la propia Ley 24/1997<sup>25</sup> se dijera que los regímenes especiales se deberían de adaptar al nuevo sistema (DF 2<sup>a</sup>), pero no significa que deban desaparecer. El RD 434/2004<sup>26</sup> creó la Comisión Interministerial para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas, indica que la financiación, Estatuto Marco, la ordenación de profesiones y LCC se encuentran relacionados por un nexo común que es el equilibrio financiero. Este órgano, creado por la DF 2<sup>a</sup> de la LCC, es de suma importancia (y a su vez poco conocido, pese a que sus informes son preceptivos). Algunos autores no descartan su inoperatividad<sup>27</sup>.

Universidades e Investigación Biomédica: La Ley 14/2007<sup>28</sup>, de Investigación biomédica es sin duda la que más ha actualizado nuestra LGS, ya que deroga todo lo relativo a fomento de la investigación y al Instituto de Salud Carlos III. La Ley 28/2006<sup>29</sup>, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos, plantea un nuevo escenario y, además de varias Agencias, crea en su DA 3<sup>a</sup> la "Agencia Estatal de Investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud Carlos III".

Otro artículo modificado es el 105 y su regulación con la Ley Orgánica 6/2001<sup>30</sup>, de Universidades, nuevamente modificado por la Ley Orgánica 4/2007<sup>31</sup>.

**Otras modificaciones:** La Ley "Ómnibus" (Ley 25/2009<sup>32</sup>, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio) también modificó la LGS en sus apartados de relaciones del ciudadano con la administración y la relativa a publicidad de medicamentos.

#### ARTÍCULOS O TEMAS OBSOLETOS

Desde 1986 la realidad social, económica, política y sanitaria de España ha cambiado.

**La Salud Pública como prestación sanitaria:** La LGS en su concepción integradora de la salud incluyó a la prevención y promoción de la salud entre sus principios (Art. 3.1). Sin embargo los artículos dedicados a la misma son escasos (Art. 8 y 19), fijándose prioritariamente en asuntos epidemiológicos y de higiene. La preferencia de la LGS no era la Salud Pública, sino la estructuración de las bases del SNS, su dimensión asistencial como tutela de la salud de los individuos y no tanto de la colectividad. Los puestos centrales que ocupaban la asistencia colectiva han sido desplazados por lo asistencial<sup>33</sup>. Cabría mencionar la Ley Orgánica 3/1986<sup>34</sup>, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, pero actúa más a nivel de control policial o limitaciones administrativas en defensa de la salud colectiva, dando poderes a la Administración. La Salud Pública tras la LCC ha pasado a incorporarse al Catálogo de Prestaciones del SNS (RD 1030/2006)<sup>35</sup>. El Art. 11 de la LCC especifica con detalle las prestaciones de la misma, y su organización se recoge en el Capítulo VIII (Art. 65-66). La Salud Pública sigue siendo una pequeña parte de la salud, a pesar de la gran experiencia en el tema, el mayor tiempo desde las transferencias y, lo que es peor, una mayor dilución de las responsabilidades en el nivel más periférico, dando una peor imagen de la misma, así como de una falta de Autoridad Sanitaria<sup>36</sup>. Esperemos que tras la aprobación de la Ley 33/2011, de 4 de

octubre, General de Salud Pública<sup>37</sup> esta paupérrima situación se modifique. La Ley plantea que las actuaciones dirigidas a la mejora de la salud deben ser un tema transversal incorporado en todas las políticas. El Ministerio de Sanidad pretende recuperar con esta Ley su papel coordinador, pero no va a ser fácil conciliar su contenido con el de las diferentes leyes de salud pública<sup>36</sup>. Se hace necesaria una Ley, no se trata de recuperar competencias, sino de dar orden al desacuerdo (por ejemplo calendario vacunal)<sup>33,38</sup>.

**Inspección y control de servicios:** Las labores de inspección, autorización de centros o control siempre han sido funciones clásicas de la administración sanitaria. La LGS estableció como una exigencia la existencia de autorizaciones y registros (Art. 25), cualquiera que sea el tipo de establecimiento o centro (Art. 29), así como su control (Art. 30). El articulado de la LGS (23-31) no recoge conceptos actuales como acreditación, certificación, calidad, gestión de riesgos, seguridad clínica y evaluación; que si se han incorporado al articulado de la LCC (Art. 59-63).

**¿Existió alguna vez un Plan Integrado de Salud?** Quizás en la mente del legislador del momento o como documento académico de un curso de postgrado. La LGS dedicó muchos artículos y esfuerzos en definir el Plan (Art. 74-77) y su DA 9.2 estableció un plazo de dieciocho meses para la formación del primer Plan y el RD 938/1989<sup>39</sup> el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud. Mientras el Ministerio decidía qué hacer, las CCAA fueron desarrollando sus propios planes de salud de acuerdo al Art. 54. Hasta el año 2003 no se recuperó la idea con la LCC que con su Art. 64<sup>17</sup> vino otra vez en rescate de una LGS.

**Coordinación, cooperación, cohesión, demasiados términos para decir lo mismo:** hemos visto que los artículos 70-77 de

la LGS tratan del Plan Integrado y de la Coordinación. En 1986 se hablaba de coordinación (Art. 70.2 y 70.4), con la LCC se prefirieron los términos cohesión y cooperación. Si analizamos detenidamente el texto (Art. 70.2) vemos que lo que la LGS dice no es coordinación sino planificación. La LCC no ha aportado soluciones innovadoras o factibles, a los problemas estructurales del SNS sobre cómo coordinar y construir un modelo descentralizado y transferido<sup>40</sup>.

**La salud mental:** Considerar la patología mental como un elemento distinto o diferenciado del resto de patología supone un anacronismo. La supuesta integración de dispositivos hace que lo podamos tomar como un continuum de cuidados (Art. 20.2). La DT 5<sup>a</sup> establecía una progresiva integración de dispositivos.

**Los medicamentos y los productos sanitarios:** La LGS legisló el tema de los medicamentos y los productos sanitarios con los artículos 95-103. Ya se ha visto que sólo el Art. 100 ha sido modificado por una Ley (Ley 55/1999<sup>40</sup>). El resto no fue modificado a pesar de que la Ley del Medicamento fue posterior a la LGS (Ley 25/1990<sup>41</sup>). Y ya está derogada por la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que incluye el uso racional y los productos sanitarios, pero no modifica ni altera la LGS, cosa que si hace a la LCC en su Art. 21.2 por la DF 4<sup>a</sup>.

**El personal pasa a ser un recurso humano:** La LGS en sus Art. 85-87 y su DA 8<sup>a</sup> trataba el tema del “personal” que ha pasado a ser “recurso humano” en la LCC (Art. 34-43). Igualmente, en el Estatuto Marco (Ley 55/2003), que tardó 17 años en ver la luz, el capital humano es un recurso y no un objeto o sección (incluso ahora, en el mundo de las ciencias de la empresa, ya se ha dejado de hablar de “recursos humanos” para hablar de personas). Hasta la Ley 5/2011 de Economía Social<sup>42</sup> en su DA 6<sup>a</sup> regula el ejercicio profesional de los psicó-

logos, regulando la actividad de “Psicología Sanitaria”. El Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud de 1998 en su apartado 10 consideró imprescindible el establecimiento de un nuevo modelo de relaciones laborales para el personal estatutario de los servicios de salud, a través de un estatuto marco que habría de desempeñar un papel nuclear como elemento impulsor de la dinámica de evolución, desarrollo y consolidación de nuestro SNS.

**La prevención de riesgos laborales:** ¿sanidad, trabajo, laboral, seguridad social...?: La salud laboral aparecía en la LGS en sus artículos 18, 20, 21 y su DF 6<sup>a</sup>. El concepto y trascendencia de la salud laboral han dado un giro con la Ley 31/1995<sup>43</sup>, de prevención de riesgos laborales, en el sentido de que se ha dado entrada al término “prevención”, tanto en lo legislativo como en la práctica fruto de la entrada de España en la Unión Europea. Si bien la acción sanitaria pertenece a la LGS o la propia LPRL<sup>40</sup>, la acción protectora sigue perteneciendo a la Seguridad Social (RDL 1/1994<sup>4</sup>). La desvinculación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social necesita una modificación de todos los estatutos de autonomía de las comunidades del Art. 143, que ya lo hicieron en la legislatura 1996-2000. La existencia de las empresas colaboradoras (Art. 77 RDL 1/1994), pese a los intentos de erradicación; o el de las Mutuas (Art. 68 RDL 1/1994), no ayudan a dar solución al tema. El RDL 6/2000<sup>44</sup> las faculta para intervenir en la IT dándoles amplias competencias, esto puede favorecer que estas mutuas ofrezcan sanidad integral a sus empresas fragmentando así el SNS y retrocediendo hasta un sistema contributivo y profesional<sup>38</sup>. Fuera de éste régimen mutualista siguen aquellos pertenecientes a mutualidades administrativas (MUFACE, MUGEJU, ISFAS).

Hemos visto treinta y tres artículos (23,1%) que pueden considerarse obsoletos,

es decir, que la Ley en veinte años ha perdido eficacia en casi una cuarta parte de su carga legislativa, debido tan solo al paso de los años y el avance de la sociedad española.

## ARTÍCULOS INMADUROS

Se trata de temas que han pasado la niñez y pubertad de los inicios del SNS y, en cambio, no han alcanzado toda su madurez, a pesar de su importancia. En realidad, la falta de tensión técnica para el desarrollo efectivo de los contenidos normativos han condicionado que los temas se marchitaran sin florecer.

**La información es poder:** La LGS reflejó de modo escueto su interés por la información, dejándolo como una competencia exclusiva del Estado (Art. 40.13). La LCC en sus Art. 53-56 ha incidido mucho más sobre la información sanitaria, pero de forma muy vaga. Así, establece la importancia de la información, quiénes son los actores implicados, y cómo ha de transmitirse la información, pero muy poco o nada dice del tipo de información que se requiere (Art. 53.2). La importancia de la LCC radica en la creación del Instituto de Información Sanitaria (Art. 58).

**La “cartilla” sanitaria:** En la DF 3<sup>a</sup> del RD 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud<sup>45</sup>, anterior a la LGS se intuía la idea de un paso de la cartilla familiar (titular y beneficiarios) a la individual, es decir, contemplaba la existencia de un documento que acreditaba el derecho al acceso (a aquellos que lo tuviesen). Hasta doce años después de la LGS no se estableció la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), la cual constituye una garantía de igualdad de los ciudadanos ante los servicios sanitarios y en la obtención de las prestaciones sanitarias a las que tengan derecho. La aplicación del RD 1088/1989<sup>46</sup>, de extensión de cobertura de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, supuso la introducción de

un documento, que permitía unificar el sistema de identificación de cada persona en su condición de usuario, independientemente del título por el que cada uno pudiera acceder a dicha condición<sup>38</sup>. El Art. 57 de la LCC vino a dictaminar el uso e importancia de la TIS como un documento administrativo básico para los ciudadanos, y que les permite el acceso a la misma<sup>21</sup>. La LGS no contempló la TIS, por lo que el acceso se realizaba por derecho, y no era necesario acreditar un documento (Art. 1.2 y 1.3 LGS). Cuando se dicta el RD 183/2004<sup>47</sup>, por el que se regula la tarjeta; se implanta el Código de Identificación Personal (CIP), que es irreplicable, único a lo largo de la vida y refleja prácticamente el reconocimiento de un derecho<sup>21</sup>. Llegados a este punto y en pleno siglo XXI ¿es necesario estar en posesión de una tarjeta o una cartilla individual para tener acceso a la asistencia (teniendo derecho a ella)?<sup>38</sup>.

**La participación del ciudadano y la democracia sanitaria:** No se trata aquí de tratar el concepto de ciudadano sanitario, sino la de su participación en los órganos de decisión<sup>48</sup>. La LGS en su Art. 53 favorecía la participación ciudadana en los Consejos de Salud y su Art. 5 mencionaba la “participación comunitaria” pero a través de las “corporaciones territoriales correspondientes”, esto significa que no es una democracia directa, sino una delegación de funciones de los ciudadanos en sus representantes “territoriales”. En el capítulo IX de la LCC se regula la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el SNS, que se articula principalmente a través del Consejo de Participación Social<sup>48</sup>.

La LGS sentó las bases sanitarias y los elementos de futuro del SNS que configuró, sin embargo, todavía es necesario clarificar y quitar sombras a varios puntos. En total son seis artículos (4,2%) del total de la LGS, por lo que no deberían suponer un problema para el legislador.

## TEMAS CRÍTICOS

La agenda del legislador no suele coincidir con la del político y menos aún con la del ciudadano, por eso muchas veces hay temas que aparecen y desaparecen del panorama sin que nadie lo remedie. Y dentro de esta agenda hay puntos especialmente calientes donde es difícil saber si el legislador usa el lenguaje para aclarar o para ocultar, si el político pretende propiciar un curso de acción o más bien evitar tomar decisiones sin aparentarlo formalmente. Estos temas que hemos llamado críticos por su relevancia central muestran a lo largo del tiempo cómo su expresión normativa no llevaba a resolver los nudos de decisión, y cómo siguen siendo asignaturas pendientes de un apropiado abordaje normativo del máximo nivel.

**¿Cómo se organiza el SNS? ¿Y cómo pretende estarlo en el futuro?** Los artículos 44 y 45 de la LGS establecen cómo se organiza el SNS y que serán las comunidades las que deberán organizar sus Servicios de Salud (Art. 49). Se señalan las funciones de estos servicios de salud, pero no cómo se organizarán.

**Nuevas, antiguas u otras formas de gestión (pero no administrativas):** La LGS estableció en sus artículos 69, 89-94 la configuración y características de los establecimientos sanitarios. El Art. 69.1 favorecía la autonomía de los centros y los Concierdos (Art. 90) y los Convenios singulares de vinculación (Art. 67). En estos años lo más evidente ha sido la huida del derecho administrativo de las llamadas nuevas formas de gestión. El Informe Abril<sup>49</sup> y el posterior Acuerdo Parlamentario de 1998 en su apartado 8, tendieron a una mayor autonomía de los centros y un poder cada vez más grande de los gerentes<sup>21</sup>. Hubo acuerdo en la necesidad de agilizar y descentralizar la gestión. El RD Ley 10/1996<sup>50</sup> sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, en su único artículo, hizo que

sólo se aplicará a los centros de nueva creación (Exposición de motivos), ni siquiera se añadió en su exiguo articulado. La Ley 15/1997<sup>51</sup>, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, volvió a demostrar la insuficiencia de la LGS y la premura del legislador por sacar una norma. La Ley 50/1998<sup>52</sup>, de acompañamiento de 1998, en su Art. 111 creó las Fundaciones Públicas Sanitarias al amparo de la LOFAGE, pero tuvo más importancia mediática y política que sanitaria, ya que tan solo fue aplicable a los centros dependientes del INSALUD<sup>21</sup>. Hasta la llegada del RD 29/2000<sup>53</sup>, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD, no se culmina el proceso transformador de las formas de gestión, con la reglamentación de la gestión a través de entidades dotadas de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones. En la actualidad, se puede comprobar que el debate languidece, y ha dejado de tener su primer impulso con un alejamiento de lo administrativo y un acercamiento del civil o mercantil<sup>40</sup>.<sup>2ª</sup> Javier

#### **La iniciativa y la financiación privada:**

La LGS reconoció en todo momento el papel de la iniciativa privada, como un derecho recogido en los Art. 35-36 de la CE (Art. 88). También se reconoce la posibilidad de vincularse al SNS (Art. 66, 93), así como los controles a los que serán sometidos (Art. 94).

**La gratuidad universal o la introducción del copago:** La LGS en su Exposición de Motivos reconoció: "...el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España". Pero no figura en ningún artículo que la asistencia será gratuita, salvo que se tenga reconocida por norma específica. La LGS nunca desdeñó la financiación privada (Art. 79c) por las tasas (hoy llamadas cuotas) de prestación de determinados servicios. La LGS no legisló la gratuidad de la prestación sanitaria, al contrario, hay grupos de ciudadanos que no tienen

derecho a la asistencia gratuita, como los correspondientes al mutualismo administrativo, los ciudadanos que aún teniendo cobertura pública en determinadas circunstancias, ligadas normalmente a determinados riesgos (deporte, caza, vehículos...), están cubiertos por un tercero mediante el abono de una prima obligatoria<sup>22,38</sup>. Para las personas sin recursos (Art. 80) se establece que su financiación será con fondos estatales, como posteriormente ratificó el Art. 1 del RD 1088/1989<sup>54</sup>. El Art. 3 del RD 63/1995<sup>55</sup> de prestaciones volvió a incidir sobre este tema de forma idéntica, y en su Anexo II expuso un listado de las posibles entidades obligadas al pago, incluyendo el mutualismo administrativo, empresas colaboradoras y las MATEPP en el ámbito laboral<sup>38</sup>. La cobertura gratuita lo será para las prestaciones incluidas en el catálogo de prestaciones. Las no incluidas (Anexo III del RD 63/1995) no podrán ser "financiadas con cargo a fondos de los Presupuestos Generales del Estado y de la Seguridad Social destinados a la asistencia sanitaria", pero se deja la posibilidad de que los sean "con cargo a otros fondos públicos o con cargo a los particulares que las soliciten"<sup>36,56</sup>.

#### **El ciudadano sanitario del siglo XXI:**

Universalización y derecho a la asistencia: El Art. 43.1 de la CE reconoce "el derecho a la protección de la salud", y que serán los poderes públicos los encargados de "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios" (Art. 43.2). El Art. 139.1 de la CE establece como principio que: "Todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado". Este sentido igualitario no aparece en la LGS, aunque en su Art. 3.2 dice que "El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva"; sin embargo antes dice "La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española". La nacionalidad española o la residencia legal



en el caso de extranjeros no es una condición suficiente para tener derecho a la asistencia, debiendo además estar dado de alta en la Seguridad Social o alguno de sus regímenes, términos del RD 1088/1989<sup>55,56</sup>. La igualdad en el trato sigue primando independientemente del modo de acceso (Art. 16 LCC). El Acuerdo Parlamentario de 1998 en su apartado 1.1.b recomendaba la universalización. Desde ese Acuerdo han pasado ocho años, y la DF 2ª de la LGS sigue sin cumplirse a pesar de disponer de un plazo de dieciocho meses para armonizar y refundir los diferentes regímenes. Pero el mantenimiento de un mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) no se entiende si se pretende la equiparación y universalización<sup>59</sup>.

También hay desavenencias en el RDL 1/1994, ya que delimita en su Art. 1 que es un “derecho de los españoles a la Seguridad Social” tanto en sus modalidades contributivas como no contributivas. Y su Art. 10 permite la existencia de multitud de regímenes, que dan lugar a la dispersión normativa sobre el tema. Al igual que la existencia de las empresas colaboradoras de la Seguridad Social o las MATEPP (RD 1993/1995 y RD 428/2004). Queda por integrar a la Sanidad Penitenciaria como dispuso la DA 6ª de la LCC (en el plazo de dieciocho meses desde 2003), el Seguro Escolar (que data de 1953), o la multitud de seguros voluntarios y obligatorios que existen en España<sup>38</sup>.

Este grupo crítico supone casi un tercio (28,6%) de la LGS con cuarenta y un artículos. Se trata de un importante volumen, el más importante de los vistos. No importa por su cantidad sino por los temas que tratan como la universalización de la asistencia, el copago, la iniciativa privada o el modo de organizarse el SNS. Son temas pendientes de realización o de debate claro, y que necesitan de una clarificación de posiciones por parte de los principales actores del escenario sanitario. Tras este análisis vemos que de los 143 artículos de la LGS hay 106 (74,1%) que merecen un análisis o reflexión.

## CONCLUSIONES

El que el 74,2% del articulado de la LGS haya perdido efectividad real es un dato enormemente preocupante, que nos dibuja un sistema caracterizado por la debilidad de su arquitectura jurídica y competencial. Esta fragilidad es un punto muy débil ante el “tsunami” que está suponiendo la crisis económica<sup>62</sup>. Por ello, parece claro que el SNS debe ser capaz de conseguir un “Pacto por la Sanidad” que busque el consenso y promueva una nueva Ley de Sanidad necesaria para el siglo XXI. La LGS una vez estudiada pormenorizadamente, se ha quedado obsoleta, derogada, poco definida o superada.

La agenda sanitaria, en un futuro cercano, debe contemplar como marco de trabajo los siguientes objetivos: definir el nuevo papel del Ministerio o del Consejo Interterritorial como líderes del SNS, vincular el derecho a la salud y la asistencia sanitaria al concepto de ciudadanía, garantizar la sostenibilidad financiera del SNS (mediante una regulación y desarrollo del Fondo de Cohesión, o una regulación específica de la financiación sanitaria), conseguir la universalidad del SNS mediante la unicidad del aseguramiento, establecer garantías de igualdad y accesibilidad a los ciudadanos, así como de calidad y de cartera de servicios uniforme, mantener un sistema público y gratuito, y establecer un modelo racional y eficiente para la toma de decisiones que tenga en cuenta la propia arquitectura competencial de las CCAA. El reto que enfrentan hoy los grandes partidos políticos que configuran la mayoría parlamentaria en España reside en ser capaces de plasmar los consensos básicos que existen en un marco normativo nuevo, en una nueva Ley de Sanidad, o del Sistema Nacional de Salud para el siglo XXI.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pemán Gavín JM. La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: Cuestiones abiertas y retos pendientes. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005 .p. 43-121

2. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. (BOE 31-12-2001) Corrección errores (BOE 22-05-02).
4. Boletín Oficial del Estado. RD legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm de 29 de junio de 1994
5. Boletín Oficial del Estado. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Boe núm 313 de
6. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boe 128 de 29 de mayo de 2003
7. Oteo Ochoa LA, Repullo Labrador JR. Institucionalización y gobierno en el Sistema Nacional de Salud. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA (Editores). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005 .p. 101-121
8. Jiménez Palacios A (2006). El Sistema Nacional de Salud 20 años después. Rev Admin Sanit. 2006; 4: 311-22
9. Boletín Oficial del Estado. Constitución española.
10. Pemán Gavín JM. 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. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005 .p. 3-45
11. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 de 15-11-2002.
12. Sánchez Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002, de 14 noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2003
13. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE número 71 de 23/3/2007
14. Boletín Oficial del Estado. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud BOE núm. 301 de 17-12- 2003.
15. Boletín Oficial del Estado. Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública. BOE número 185 de 3/8/1984
16. Boletín Oficial del Estado. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. BOE número 89 de 13/4/2007
17. Rey del Castillo J. Algunos comentarios para el análisis de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Rev Admin Sanit. 2003; 1: 365-402
18. Boletín Oficial del Estado. Decreto 2824/1981, de 27 de Noviembre, sobre Coordinación y Planificación sanitaria. BOE núm 288 de 2-12-1981.
19. Boletín Oficial del Estado. Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado. BOE núm 90 de 15/4/1997
20. Rebollo Puig M (2004). La Alta Inspección. En: Parejo I, Palomar A, Vaquero M (Coord.). La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons; 2004 .p. 137-66
21. Palomar Olmeda A. El nuevo papel de la Administración General del Estado. Madrid: Dykinson; 2004
22. Molina Garrido MC. Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria de las comunidades de régimen común: Implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica. Pamplona: Thomson Civitas Aranzadi; 2005
23. Boletín Oficial del Estado. Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. BOE núm. 313 de 31-12-2003
24. Pemán Gavín JM. Autonomía y unidad en el sistema nacional de salud. Reflexiones a propósito del cierre de las transferencias sanitarias y de la aplicación del nuevo sistema de financiación del sistema. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005 .p. 125-84.

25. Boletín Oficial del Estado. Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social. BOE núm 169 de 16-07-1997
26. Boletín Oficial del Estado. RD 434/2004, de 12 de marzo, por el que se crea la Comisión Interministerial para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas. 10 abril 2004
27. Pemán Gavín JM. La nueva configuración del sistema nacional de salud tras la ley de cohesión y calidad. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005 .p. 187-251
28. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE núm. 159 de 4-7-2007.
29. Boletín Oficial del Estado. Ley 28/2006, de 18 de julio, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos. BOE núm. 171 de 19-07-2006.
30. Boletín Oficial del Estado. Ley orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE número 307 de 24/12/2001.
31. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE número 89 de 13/4/2007.
32. Boletín Oficial del Estado. Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. BOE núm. 308 de 23-12-2009
33. Criado Álvarez JJ. ¿Qué pensaría Lalonde sobre la toma de decisiones en salud pública? Med Clin (Barc). 2005; 125: 158
34. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. BOE número 102 de 29/4/1986
35. Boletín Oficial del Estado. RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222 de 16-09-2006.
36. Navarro V. El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias. Barcelona, Anagrama; 2006
37. Boletín Oficial del Estado. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm Núm. 240 de 5-10-2011.
38. Freire Campos JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: Importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA (Editores). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005 .p. 61-99
39. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, por el que se establecen el procedimiento y los plazos para la formación de los planes integrados de salud. BOE número 179 de 28/7/1989.
40. Rey del Castillo J. Arquitectura e instrumentos de cohesión en el sistema nacional de salud. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA (Editores). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005 .p. 266-89
41. Boletín Oficial del Estado. Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social. BOE núm. 312 de 30-12-1999.
42. Boletín Oficial del Estado. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento BOE número 306 de 22/12/1990
43. Boletín Oficial del Estado. Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social. BOE núm. 76 de 30-3-2011
44. Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm 269 de 10/11/1995
45. Boletín Oficial del Estado. Rd Ley 6/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de Bienes y Servicios. BOE núm. 151 de 24-06-2000.
46. Boletín Oficial del Estado. Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE número 27 de 1/2/1984.
47. Boletín Oficial del Estado. RD 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE número 216 de 9/9/1989
48. Boletín Oficial del Estado. RD 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria indi-

vidual. BOE núm. 37 de 12-2-2004.

49. Vaquer Caballería M. La coordinación y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En: Parejo I, Palomar A, Vaquero M (Coord.). La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons; 2004 .p. 111-36

50. Instituto Nacional de la Salud. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.

51. Boletín Oficial del Estado. RD Ley 10/1996, de 17 de Junio, sobre Habilitación de Nuevas formas de Gestión del Insalud. BOE. BOEnúm. 0147, 18-6-1996

52. Boletín Oficial del Estado. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

53. Boletín Oficial del Estado. Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE número 313 de 31/12/1998

54. Boletín Oficial del Estado. RD 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 21 de 25-1-2000.

55. Boletín Oficial del Estado. RD 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE número 216 de 9/9/1989

56. Boletín Oficial del Estado. RD 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE núm 35 de 10-02-1995

57. Gimeno Ullastres JA, Tamayo Lorenzo PA. La sostenibilidad financiera del sistema público de salud. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA (Editores). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005 .p. 25-48

58. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE número 216 de 9/9/1989

59. Martín Delgado I. La asistencia sanitaria de los extranjeros en España. Derecho y Salud 2002, 10: 197-217 56. González López-Valcárcel B, Barber

Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Madrid: Fundación Alternativas; 2004

60. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Madrid: Fundación Alternativas; 2004

61. Boletín Oficial del Estado. RD 1993/ 1995 de 7 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

62. Boletín Oficial del Estado. RD 428/2004, de 12 de marzo, por el que se modifica el Reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre. 30 marzo 2004 BOE núm. 77 de 30/3/2004.

63. Repullo JR. Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica. Referent. 2009; (8):4-11. Disponible en: <http://217.149.1.250/index.php?md=documents&id=3078&lg=cat>