

La evolución normativa y político-social del sistema nacional de salud y los riesgos de la fragmentación. Análisis de la cartera común de servicios estatal¹

The normative and political-social evolution of the national health system and the risks of fragmentation. Analysis of the common portfolio of state services

RAQUEL VIDA FERNÁNDEZ *Profesora Colaboradora Indefinida. Doctora
Universidad de Granada*

Resumen

Los antecedentes históricos del actual Sistema Nacional de Salud muestran una interesante evolución en la que se aprecia la directa interacción de los valores de la sociedad de cada momento y los poderes políticos imperantes en el propio concepto y alcance de la protección de la salud de los ciudadanos. En el presente artículo se analiza dicha evolución, y el progresivo logro de lo que hoy denominamos el Sistema Nacional de Salud de la democracia constitucional iniciada en 1978, incluyendo un especial análisis del nivel de protección actual y su compleja articulación, que queda reflejado en la regulación de la Cartera Común de Servicios Estatal.

Abstract

The historical antecedents of the current National Health System in Spain indicate an interesting evolution which points towards a clear interaction between specific, time-bound social values and prevailing political powers, a connection that defines and delimits the very scope of citizen health protection. The present article surveys this transformation and the progressive achievement of what we now call the National Health System, as triggered by the 1978 democratic Constitution, with a detailed analysis of the current level of protection and its complex articulation as reflected in the Portfolio of Common Services of the Spanish NHS.

Palabras Clave

Sistema Nacional de Salud; Evolución histórica; Cartera Común de Servicios Estatal; Modalidades

Keywords

National Health System; Historical evolution; Common Portfolio of State Services; Modalities

1. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: EVOLUCIÓN NORMATIVA Y POLÍTICO-SOCIAL

1.1. Evolución normativa y político-social anterior a la Constitución de 1978

Desde el punto de vista histórico la sanidad pública, en nuestro país, es fruto de un largo y lento proceso de evolución que parte de una primera etapa en la que los poderes públicos se limitan a suministrar atenciones sanitarias como mera liberalidad, vinculadas a la beneficencia, hasta llegar al actual modelo de Sistema Nacional de Salud. Por esta razón podemos decir que el verdadero antecedente del modelo con el que hoy contamos surge con la progresiva conceptualización de la sanidad como prestación pública, en la que se pasa a regular de forma progresiva prestaciones sanitarias vinculadas a las técnicas seguro social, y posteriormente a la Seguridad Social (siglos XIX y XX), hasta llegar a los actuales dictados europeístas y constitucionales sobre sanidad pública que tiene su reflejo en la Ley General de Sanidad (LGS).

¹ Estudio realizado en el seno del Proyecto de Investigación B-SEJ-213-UGR18 “Retos de la modernización de la asistencia sanitaria en Andalucía: Cohesión interterritorial, envejecimiento y revolución digital. Proyectos I+D+i del Programa Operativo FEDER 2018. Junta de Andalucía-Consejería de Economía y Conocimiento. Universidad de Granada

Sin pretender realizar un estudio histórico exhaustivo, aportaremos un esquema completo de ese proceso para poder contar en perspectiva con la evolución político-social del modelo, que es lo verdaderamente interesante. Como se ha referido, la primera etapa de esa evolución, la actividad estatal se limita a medidas de organización de tipo preventivo y de control, pero no a la aportación de prestaciones públicas para la población de carácter sanitario, -sin perjuicio de los mencionados servicios de beneficencia-. Este primer nivel de intervención se aprecia en el denominado Código Sanitario de 1822 (llamado “Código de Méndez Álvaro²”), que, aunque fallido por circunstancias políticas (la caída del régimen liberal y la imposición del absolutismo impidió su aprobación), fue el primer proyecto de ley sanitaria que, si bien mantiene el limitado papel del Estado en materia de salud que hasta entonces existía, centrado en el control de epidemias, introduce una novedad y es el tratar de garantizar la existencia de mecanismos de atención primaria vinculados a beneficencia, otorgando a los Ayuntamientos funciones vinculadas a “salubridad” y hospitales, ideas que derivan del espíritu de la Constitución de Cádiz de 1812.

Posteriormente, -sin perjuicio de ese primer referente fallido, inspirado en las teorías higienistas, que aún sin aprobarse dejó huella-, el origen de lo que podemos denominar como primera regulación sanitaria en España a nivel institucional (pero aún sin la noción de prestación pública como tal), se aprueba en 1855, mediante Ley de 28 de noviembre, que consolida la denominada Dirección General de Sanidad vinculada al Ministerio de Gobernación, que constituye el inicio de la regulación por el Estado de órganos sanitarios. En dicha norma se regulan de forma diferenciada lo que llaman la sanidad marítima y la sanidad interior y lazaretos, y se regula el papel de los inspectores médicos, -todo ello, una vez más en la línea de atribución al Estado exclusivamente el papel de control de epidemias, y lo que denominados atención sanitaria delegada en la beneficencia o el ámbito de servicio privado para los pudientes).

Pero realmente, en España la aparición del primer atisbo de sistema sanitario público, viene vinculado a la “cuestión social obrera” consecuencia de las nuevas formas de producción derivadas de la Revolución Industrial, siendo clave la creación, durante el gobierno liberal de Posada, de un importante órgano gubernamental, denominado Comisión de Reformas Sociales en 1883 (ejemplo de la superación del individualismo propio del liberalismo, influido por la incipiente presión del movimiento obrero y con influencia del Krausismo alemán), que tenía como finalidad el estudio de la situación y condiciones de vida de la clase trabajadora, y proponer reformas legislativas para mejorarlas.

En este contexto, a nivel institucional, se aprobó el Real Decreto de 12 de enero de 1904, por la que se crea de la Instrucción General de Sanidad, por la que se modifica el esquema organizativo anterior, realizando cierta reorganización de los servicios sanitarios, aunque perdurando la seguridad sanitaria vincula al papel de la “sanidad pública”, frente al concepto de derecho a la Salud que sigue en esa dinámica de beneficencia/asistencia privada según el nivel económico de los ciudadanos. En todo caso, el proceso continúa, y la pieza clave en el avance social de la protección pública en términos laborales se da con la creación del Instituto de Reformas Sociales en 1903, y el surgimiento de las primeras normas de contenido social en España, como la Ley de Accidentes de Trabajo (1900), y la creación del Instituto Nacional de Previsión (1908, que duraría hasta 1978), en el que se integran las cajas que gestionaban los distintos seguros sociales que en los siguientes años van surgiendo (Retiro Obrero en 1919, maternidad en 1923,...), para la protección de los trabajadores, -aunque de forma tan insuficiente que darían lugar a otros mecanismos de protección pero de forma desequilibrada y en ningún caso universal, vinculados a sectores laborales concretos denominadas Mutualidades laborales-. Una vez más, desde el punto de vista institucional hemos de recordar que en 1922 se crea la Dirección General de Sanidad incluida en el Ministerio de Gobernación (seguía sin existir Ministerio de Sanidad...), que centraba sus competencias en un concepto más vinculado a la seguridad que al

² Francisco Méndez Álvaro (1806/1883), fue médico higienista liberal, fue el redactor del proyecto de ley sanitaria de 1855.

concepto de la salud como derecho, priorizando medidas de promoción de la higiene de la población, y mecanismos de actuación ante enfermedades infecciosas, y que respondía al mismo modelo precario, con una organización centrada en lo local y rural, y basado en la atención particular y la beneficencia.

Así las cosas, es con la Constitución de 1931 aprobada durante la II República Española cuando se introduce por primera vez en nuestro país la idea de protección pública de la salud como derecho de los trabajadores y de los ciudadanos (artículo 43 habla por primera vez de la “asistencia a los enfermos”). De hecho, es ingente el intento reformista del precario sistema sanitario español realizado bajo el mandato del Director General de Sanidad, Marcelino Pascua Martínez (1931/1933)³, siendo en ese bienio cuando se impulsa la elaboración de un proyecto de “Seguro Obligatorio Unificado”, que defendía la unificación de seguros sociales, incluyendo la prestación sanitaria, se presentó a las Cortes en 1936, y que no prosperó al producirse el golpe de estado militar. Pese a la dimisión de Pascua, el avance a nivel institucional se hizo patente en 1934, con la Ley de Coordinación Sanitaria. Esta norma supuso un avance profundo en la intervención estatal de la organización centralizada de servicios sanitarios locales, estableció la figura de las incompatibilidades, limitó los puestos de libre designación existentes hasta entonces de forma abusiva, potenció centros secundarios de higiene rural (que fue un importante instrumentos para introducir de forma sutil la financiación sanitaria con fondos públicos a más ámbitos de población, dado que no se exigía certificado de pobreza), y se aprobó, por primera vez, la creación de un Ministerio de Sanidad, que se materializó en 1936, y del que fue titular Federica Montseny.

Pero tal vez lo más importante de toda esta reforma (frustrada en términos prácticos por la guerra civil), es que la idea de “asistencia sanitaria pública” que contenía el fallido proyecto de Seguro Obligatorio Unificada de 1936, es adoptado (sin ser reconocido como tal, lógicamente) en la etapa franquista con la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), aprobado por Ley de 14 de diciembre de 1942, que quedaba a cargo del Instituto Nacional de Previsión como entidad aseguradora única través de la Caja Nacional del SOE. Según análisis del profesor e historiador Esteban Rodríguez Ocaña, la división política (o mejor dicho de poderes), que hizo el régimen franquista para acomodar a sus partidarios, llevaron a separar la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobernación, que se atribuyó a los militares católicos y el Ministerio de Trabajo, que quedó bajo control de los falangistas, nombrando como ministro a José Antonio Girón de Velasco. Esto tuvo repercusiones directas en la evolución de la protección sanitaria de nuestro país. El SOE se impulsó desde el Ministerio de Trabajo, que retomó el programa de seguros sociales diseñado durante el gobierno republicano. Este Seguro establecía un primer modelo de prestación sanitaria y seguros sociales regulados y gestionados por el Estado, pero absolutamente limitado, exclusivo para los trabajadores de la industria y los servicios con salarios bajos. La financiación corría a cuenta de empresarios y trabajadores, siendo solo testimonial la aportación del Estado. Contaba con sus propias estructuras organizativas (Instituto Nacional de Previsión, creación de servicios de Atención Primaria...), y cubría inicialmente la medicina general, farmacia y prestaciones económicas por enfermedad. Como consecuencia de estas nuevas instituciones se produce una división en dos escalas de médicos: los de la sanidad nacional y los médicos asistenciales del SOE (Instituto Nacional de Previsión). Así, la primera sanidad pública a nivel prestacional, realmente es una sanidad para pobres⁴, que dejaba

³ Marcelino Pascua Martínez (1897/1977) fue médico, diplomático y político español. Siendo el Doctor Pascua Martínez Director General de Sanidad se intentó impulsar el primer sistema público de salud en España, pero además introdujo reformas referentes a la gestión de la medicina rural, desde donde pretendía introducir lo que podemos denominar como antecedentes de los establecimientos de atención primaria, reforma de la administración y mejora de la capacitación y formación de los profesionales de la salud, publicación de normas y recomendaciones de higiene alimentaria. Dimitió de su cargo por los duros enfrentamientos con los profesionales médicos y farmacéuticos de la época, que vieron en sus intenciones reformadoras una amenaza a sus intereses.

⁴ Las palabras del Girón de Velasco (1944), muestran el espíritu que rodea al surgimiento del SOE: “... el trabajador ya no sería un pobre que debería acogerse a la beneficencia pública y vivir el rubor de ser hospitalizado entre mendigos, sino que sería un soldado a quien la sanidad de su ejército de paz atiende cuando ha sido baja en el servicio”.

fuera a la mayoría de la población española⁵. Por su parte, en 1944 se aprobó la denominada Ley de Bases de Sanidad Nacional, -que, sin mencionarlo, hacía suyo el contenido de la Ley de Coordinación Sanitaria de 1934-, y posteriormente en 1947 se aprueba el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI).

En todo caso, el modelo de los seguros sociales de inspiración Bismarkiana⁶, tiene continuidad durante la dictadura franquista con la creación del SOE, siendo un paso más en ese largo proceso de creación de la Sanidad Pública vinculada a la Seguridad Social española. De hecho, ese tránsito de sustitución de las técnicas de seguros sociales por una Seguridad Social, sigue avanzando en la segunda etapa del régimen franquista, que con la mejora de la situación económica, da otro impulso decisivo al sistema con la aprobación de la Ley de Seguridad Social de 1966, -texto articulado de la Ley de Bases del 63-, donde organiza las medidas de protección social existentes en un sistema de Seguridad Social, suprimiendo los esquemas clásicos de previsión, e incluyendo las prestaciones sanitarias, coexistiendo la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, con la medicina privada y la beneficencia, (sin que se pueda hablar, por tanto, de un sistema público de sanidad tal y como lo conocemos actualmente).

En 1974 se aprueba el Texto Refundido de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974), por el que se modifica y amplían las prestaciones sanitarias vinculadas a la Seguridad Social, y las personas y colectivos dentro de su esquema de protección sanitaria, -pero sin llegar a la universalidad de la protección-. El progreso económico del país y el incremento de trabajadores vinculados al SOE a finales de los años sesenta supuso importantes ingresos por cotizaciones al sistema, lo que permitió la mejora de infraestructuras estatales con fines sanitarios (principalmente los hospitales construidos en esta década), y se avanza en la organización con los primeros denominados consultorios médicos, -antecedente de los actuales Centros de Salud-.

La tendencia de incremento en el gasto público en sanidad se mantiene también durante la transición democrática, creándose el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1977 y, en 1978, se sustituye el longevo organismo gestor único de prestaciones sociales, el Instituto Nacional de Previsión (INP), por entidades públicas gestoras diferenciadas del incipiente Sistema Público Sanitario, la Seguridad Social y los Servicios Sociales del régimen democrático, (INSALUD, INSS, TGSS, INEM e IMSERSO), algunos de los cuales perduran hasta la actualidad, y que en su momento fueron el comienzo de la nueva organización sanitaria y de protección social.

No obstante, el sistema sanitario de la etapa franquista adolecía de grandes deficiencias que quedaron plasmados en el llamado “informe Brokington” (1967), encargado por la Organización Mundial de la Salud a Fraser Bronkington, consultor especializado en Administración de Salud Pública. Este informe titulado “sobre la organización de los servicios sanitarios en España. Misión efectuada entre el 28 de septiembre y el 15 de diciembre de 1967 por el Doctor Fraser Brokington”, denunciaba la inexistencia de contenido en materia de formación e investigación en Salud Pública; se asombraba de la inexistencia de estadísticas; “los principios de la medicina social y preventiva brillan por su ausencia”; critica la deficitaria estructura sanitaria que más allá de las capitales de provincia no cubre la atención pediátrica, cuidado prenatal y protección de la infancia; califica como “caos” la organización administrativa de la sanidad, sin Ministerio de Sanidad, y con competencias dispersas en diferentes ministerios, (“... el escalón central se esfuerza poco o nada por coordinar su política. No

⁵ “Esta convivió con distintas entidades colaboradoras como la Obra Sindical 18 de junio, cajas de empresas, mutualidades, compañías aseguradoras y el Instituto Social de la Marina. Característica crónica del seguro fue su carácter deficitario,... en el informe sobre la estadística económica del SOE entre 1954 y 1957...”. González Murillo, Pedro. Franquismo social y Ministerio de Trabajo (1939/1957). Sociología del Trabajo. Ediciones Complutense. 2021

⁶ Recordemos que, a partir de 1883, bajo el mandato de Bismarck, se instaura en Alemania un sistema denominado “Modelo de Seguro Social de Salud”, de cobertura sanitaria estatal obligatoria para trabajadores y sus familias, financiada mediante aportaciones de los beneficiarios, que sirvió de referente a la mayoría de países de Europa.

existe un diálogo habitual entre los diferentes ministerios”). El estado general de la sanidad española, según el experto, era “peor que el de muchos otros países en vías de desarrollo”.

1.2. La Constitución de 1978: tránsito de la sanidad vinculada al sistema de Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud español

Como hemos visto, la sanidad pública en España es fruto de un largo proceso evolutivo, pero, evidentemente, la consolidación de un auténtico modelo de sanidad pública universal en España que responde al Modelo Beveridge⁷, se produce con la aprobación de la Constitución Española de 1978. En concreto, el artículo 43 reconoce en términos absolutos, por primera vez, el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, y establece el mandato a los poderes públicos de su regulación en dichos términos, superando de esta forma, la concepción del sistema que vinculaba y limitaba la sanidad como prestación de la Seguridad Social contributiva. En todo caso, este cambio fue objeto de un complicado proceso de separación en el tiempo de ambos sistemas, y la configuración de una organización propia diferenciada, descentralizada y con una normativa propia a nivel estatal y autonómica, que nos lleva hasta el modelo actual. De hecho, en materia sanitaria el cambio de paradigma que se perfila en la Constitución realmente se produce de forma progresiva, siendo en 1982, con la entrada en el gobierno del partido socialista, cuando realmente se inicia el debate sobre la reforma sanitaria en nuestro país, acorde a los dictados constitucionales, dándose el paso definitivo con la Ley 14/1986, de 25 de abril, que aprobó la Ley General Sanitaria (LGS), -siendo ministro Ernest Lluch-, con diseña un modelo de sistema sanitario autónomo, que es el que actualmente denominamos Sistema Nacional de Salud (SNS).

La Ley General Sanitaria de 1986 fue la norma que desde el punto de vista legal definitivamente reconoce las “prestaciones sanitarias” en un Sistema Público Sanitario para la sociedad española, comenzando así la nueva regulación del modelo acorde al concepto que marcaba la Constitución. En esta etapa se produce un paulatino tránsito de las prestaciones sanitarias de un sistema de Seguridad Social a un sistema autónomo, el que denominamos Sistema Nacional de Salud (SNS), siendo su momento álgido el año 2001 con la culminación de las transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas, que asumen este servicio acorde con contenido del artículo 148.1, 21 de la Constitución, - con la aprobación de los Reales Decretos 1471/2001 y 1480/2001- , y con el nuevo sistema de financiación autonómico- establecido por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía-.

Desde ese momento las Comunidades Autónomas con sus respectivos Servicios Autonómicos de Salud desarrollan la actividad sanitaria, y la financian a través de recursos propios, y el órgano gestor hasta entonces, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que desaparece con el Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modificó la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, reorganizando sus funciones en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Así, el Sistema Nacional de Salud español, va tomando forma en unas estructuras administrativas y una normativa, tanto a nivel estatal como autonómico, que evolucionan para dar respuesta al mandato constitucional, y que progresivamente superan los condicionantes que marcaba el anterior modelo vinculado a la Seguridad Social, tanto en relación al ámbito subjetivo de cobertura,- con la universalidad como referencia-, como a la paulatina modificación de la financiación, que a nivel presupuestario, deja se depender de las cotizaciones de Seguridad Social (que ya era minoritaria desde la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1989), eliminándose la aportación vinculada a éstas

⁷ El Modelo Beveridge (1946), responde a la concepción de la sanidad como un derecho humano y por tanto universal, que debe reconocerse a todos los ciudadanos y financiarse por el Estado a cargo de impuestos y presupuestos públicos.

con la aprobación de la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social, que declaró el carácter no contributivo y universal de las prestaciones sanitarias, siendo definitivamente su financiación a cargo de Presupuestos Generales del Estado a partir de 1.999.

Aunque el tránsito de las prestaciones sanitarias hacia el Sistema Nacional de Salud tiende a materializar su carácter universal y gratuito, existen aún elementos que evidencian limitaciones en el alcance de dicho proceso. Por una parte, perviven restos del sistema de Seguridad Social que observamos en relación a prestaciones sanitarias específicas adicionales cuando derivan de contingencias profesionales, y más significativo aún es el tratamiento particular de los beneficiarios de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social vinculados a ciertos funcionarios (funcionarios civiles del Estado, Fuerzas Armadas y Administración de Justicia), en cuanto se reconoce a los sujetos incluidos en estos regímenes una forma de prestación sanitaria de carácter específico y privilegiado (la denominada cartera de servicios de las Mutualidades de funcionarios). Estas reminiscencias, junto a la incompleta plenitud de la universalidad del derecho a las prestaciones sanitarias (más aún después de las reformas introducidas en 2012, como luego se tratará), impiden afirmar que se ha producido una total segregación del sistema de Seguridad Social, sin perjuicio de que se produzca un cambio en la naturaleza de las prestaciones sanitarias de este nuevo sistema⁸.

1.3. La regulación y organización del Sistema Nacional de Salud español. Riesgos de la fragmentación

El concepto y la regulación del sistema público sanitario, como se ha dicho, cambia radicalmente con la Constitución del 78, y a pesar de la incompleta segregación del sistema de Seguridad Social que aún arrastramos, es evidente que se ha operado un cambio de naturaleza en las prestaciones sanitarias y en el Sistema Sanitario Público que las sitúan en un plano diferente. Este cambio de naturaleza queda reflejado en el reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas (CCAA) respecto a las prestaciones sanitarias, que es título competencial exclusivo para el Estado en materia de Seguridad Social, -limitando el papel de las Comunidades a competencias ejecutivas-, (art. 149.1.117ª CE), frente al título que se atribuye al Estado en materia sanitaria sobre la legislación básica y coordinación (art. 149.1.16ª CE), sin perjuicio de la capacidad de las CCAA de desarrollar tanto funciones legislativas, como ejecutivas sobre los servicios sanitarios que han asumido. Como consecuencia de esto las competencias sobre legislación relativa a prestaciones sanitarias permiten distinguir una función normativa estatal de carácter básico, que coexiste con una función normativa autonómica de desarrollo y ejecución de y desde lo básico.

En materia de organización la LGS se marca como objetivo el orientar los servicios a un modelo de cobertura universal, y de coexistencia de prevención y tratamiento, creándose el nuevo Sistema Nacional de Salud (SNS), basado en el principio de descentralización territorial de los servicios de salud de cada Autonomía que, en todo caso, serán coordinados por la Administración central, mediante la intervención del Ministerio de Sanidad (“encargado de proponer y ejecutar las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria ..”), y la reforma de la Atención Primaria (que definió el Real Decreto 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, en el que se establecieron las Zonas de Salud, Centros de Salud y equipos de atención primaria, Cabos Muiños, J.). En el año 1989 se produce el importante cambio del sistema en cuanto a la forma de financiación del gasto sanitario público, que se asume por el Estado a través

⁸ VIDA FERNÁNDEZ, J.: “...ni la doctrina ni el legislador aceptan de modo pacífico que las prestaciones sanitarias hayan sufrido una modificación en su naturaleza jurídica que permita situarlas en un plano competencial diferente. La consideración de la asistencia sanitaria dentro del marco conceptual y competencial de la Sanidad no es pacífica si bien se va extendiendo por la doctrina administrativista española (J. L. Beltrán Aguirre, J. Pemán Gavín, J. Tornos Más, M. Vaquer Caballería). Desde el punto de vista dogmático, podemos comprobar el reflejo de esta modificación de la propia naturaleza de las prestaciones sanitarias en cuanto cambian su apellido «de la Seguridad Social» a «del SNS», y se rompe el tratamiento exclusivo por y desde una perspectiva del trabajo asalariado como lo pone de manifiesto Alonso Olea, 1999, en su obra *Instituciones de Seguridad Social*”.

del mecanismo de impuestos y Presupuestos Generales del Estado, a la vez se avanza en la cobertura sanitaria universal, superando el esquema de sujetos vinculados a la Seguridad Social. Este es un paso más en la configuración del nuevo SNS, pero sobre todo imprescindible y decisivo en el proceso de descentralización del sistema.

En este mismo proceso, es también trascendental la aprobación del Real Decreto ley 10/1996, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud, y la redacción definitiva en esta materia que aportó la Ley 15/1997, de 10 de abril, de Habilidad de Nuevas Formas de Gestión. Efectivamente, al principio la LGS incorpora al nuevo SNS un modelo de organización de centros y servicios caracterizados por la gestión directa pero las nuevas exigencias a las que tiene que responder el sector sanitario, y la influencia del denominado “Informe Abril Martorell”,⁹ llevan al ejecutivo a dar el paso de regular la nueva forma de gestión de la sanidad pública, abriendo la posibilidad a la administración de centros sanitarios bajo nuevas formas de gestión indirecta mediante cualesquiera entidades admitidas en Derecho, “así como mediante consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer acuerdos o convenios con personas o entidades público o privadas, y fórmulas de gestión integrada o compartida, generalizando las previsiones contenidas en diversas leyes dictadas por las Comunidades Autónomas con competencia en la materia”, (Exposición de Motivos de la Ley 15/97).

Efectivamente, aunque el informe no cuadraba con los principios políticos de los partidos de izquierda, no tardó mucho en marcar el inicio de una nueva política que afecta hasta la actualidad a la configuración del sistema (que por otro lado ya habían iniciado desde el modelo sanitario catalán, privatizados los servicios sanitarios mayoritariamente). A partir de la Ley 15/1997, comienza la apertura a un juego de privatizaciones en la gestión de la sanidad pública, con la creación de nuevas formas de organización de los centros de sanitarios, (que fue recogido en el Plan Estratégico elaborado por el INSALUD para 1997-2000), siendo esta una opción que si bien tiene ventajas en cuanto a la mayor capacidad de adaptación a las necesidades y formas de gestión menos burocratizadas que efectivamente era un defecto del modelo de origen, a día de hoy, donde la gestión de lo público ha evolucionado notablemente, realmente supone una vía abierta a oportunidades de negocio y a una injustificada fragmentación del SNS que, como luego se verá, afecta a nivel legislativo, y prestacional del sistema. Al final del presente capítulo comentaré la inminente reforma que afectará a este tema, con la previsible derogación de la Ley 15/1997, y el artículo 90 LGS, en un intento de recuperar la prevalencia de la gestión pública del sistema público sanitario.

En este contexto de la renovación general de la organización sanitaria, como ya avanzamos, finalmente desaparece el INSALUD en 2002, pasando a crearse el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), y, procediéndose por otro lado a las transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas que crean sus propios servicios, que deberán cumplir con el gran reto de responder al nuevo modelo y papel de los poderes públicos, que no se limita a la atención de la enfermedad, (como sucedía en el modelo de Seguridad Social), sino que incluyen el de cualquier tipo de ayuda, o contribuir al logro de una salud individual adecuada, incluyendo prevención, promoción de la salud, rehabilitación y reinserción... destinadas a garantizar el derecho a la salud.

⁹ El denominado Informe Abril Martorell fue elaborado en 1991 por una Comisión, creada a instancia del ejecutivo socialista, para el análisis y evaluación del sistema sanitario español, a fin de realizar recomendaciones de mejora principalmente en cuanto a su organización y gestión, teniendo presentes elementos demográficos (envejecimiento de la población), de evolución de la técnica que afectan a la forma en que se prestan los servicios sanitarios y su incremento en cuanto a costes. En este informe se hace una valoración positiva del Sistema Nacional de Salud español, pero a la vez se requieren reformas, entre otros aspectos, para mejora de la Atención Primaria, el desarrollo de la medicina preventiva (casi inexistente), y sobre todo consideraban la necesidad de una visión más global y empresarial en el sistema, tanto a nivel de gestión, como de financiación, y de concreción de la asistencia sanitaria, porque se considera que en aquel momento “el Sistema Público no tenía visión global y empresarial”, y se entendía que existía un “cierto agotamiento del sistema sanitario”.

Pues bien, se puede afirmar que este proceso de reorganización culmina en el año 2001, momento a partir del cual el SNS español definitivamente se organiza en dos niveles básicos:

El nivel central, ejerciendo el gobierno común la intervención del Ministerio de Sanidad que es el responsable de promover la coordinación general y cooperación e información para todo el sector sanitario (entre las diferentes autonomías), además proporciona la legislación sanitaria básica, y definir la cartera de servicios básica del SNS, marca la política farmacéutica y la educación sanitaria; y el nivel autonómico, de forma que cada Comunidad Autónoma planifica, administra y gestiona sus propios servicios de salud, produciéndose diferencias en relación a las carteras de servicios según los territorios, pero con un alcance limitado dado que deben respetar los niveles básicos comunes establecidos por el gobierno central, conforme marca el propio artículo 43.2 de la Constitución (“...la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”), sin perjuicio del desarrollo autonómico.

La nueva organización autónoma, y descentralizada desde el punto de vista territorial del sistema sanitario tiene grandes ventajas y responde a un modelo más ajustado a la realidad de nuestra sociedad y organización territorial como Estado, pero también tiene consecuencias que derivan de una estructura compleja. La más importante de estas consecuencias es que la nueva organización conlleva una especial configuración de las normas que van a incidir sobre un elemento clave como son las prestaciones sanitarias que atiende el sistema.

En definitiva, la sucesiva acumulación y fragmentación de normas que derivan tanto de los solapamientos del SNS y Seguridad Social, y sobre todo de la descentralización y las competencias autonómicas en sanidad, dan lugar a una dispersión de su régimen jurídico.

Esta realidad se intensifica con el cambio de milenio y lleva a la aprobación de una reforma de la LGS, mediante la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LSNS), (que a día de hoy sigue en vigor, si bien afectada por la reforma que introdujo el Real Decreto Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS). Esta nueva ley sanitaria lo que hizo fue revisar y sistematizar de forma más cohesionada y en términos de calidad, la norma básica estatal sanitaria. Realmente no se trató de un cambio radical, por es calificada más que como una reforma, como “un reajuste en el Sistema Sanitario Público,” (en este sentido, Vida Fernández, J), tal y como veremos en el siguiente apartado.

2. LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS ESTATAL

2.1. Introducción

Una de las cuestiones clave que determina la calidad del servicio público sanitario es el alcance y contenido de las prestaciones sanitarias que cubre el Sistema. La regulación de este aspecto concreto no viene dada por la Constitución, puesto que su papel es solo el de reconocer el derecho a las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos, pero como el resto de derechos de tipo prestacional, se establece el mandato a los poderes públicos para que procedan a desarrollarlo y tutelarlos mediante ley (art. 43.2 CE).

Así pues, el derecho a las prestaciones sanitarias, -en ese sentido amplio de protección de la salud¹⁰, no solo de atención a la enfermedad, que ya se dijo-, es un derecho de configuración legal, cuyo contenido se determina acorde al esquema de reparto de competencias Estado y Autonomías, contando con una normativa básica estatal cuyo objetivo es garantizar unas bases comunes y la coordinación, sin perjuicio de la correspondiente legislación autonómica de desarrollo y ejecución, que es clave.

¹⁰ Desde el punto de vista de la ley, entendemos por prestaciones, tal como consta en el artículo 7 LSNS, “los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a los ciudadanos”.

En concreto, la normativa básica estatal, es el primer referente en cuanto al cuadro de prestaciones que cubre nuestro SNS, y viene determinado por las ya mencionadas: Ley General de Sanidad de 1986, (que reconoce el derecho pero que, al ser norma general, solo marca los dictados generales pero no concreta el contenido específico de las prestaciones, que en un primer momento se marcan por reglamento); la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LSNS), que eleva a rango de ley el catálogo de prestaciones sanitarias y de farmacia (art. 5), dedicando expresamente un Capítulo I a este tema, pero que completa en contenido el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, -RDOPS-, (actualmente derogado), que se mantuvo en vigor mientras no existía reglamento de desarrollo¹¹. Posteriormente, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, reguló la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que es la norma reglamentaria que, con modificaciones incluidas, sigue vigente y desarrolla el contenido de las prestaciones sanitarias que cubre el SNS.

Llegados a este punto hay que resaltar la gran modificación que se produjo en el SNS en el año 2012. Efectivamente, en un contexto de crisis económica, el ejecutivo del Partido Popular aprobó el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Con esta reforma se limitaba la universalidad del sistema, y se introducen copagos en ciertas prestaciones sanitarias, que se realiza mediante una reordenación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se produce con la modificación del contenido del artículo 8 de la LSNS, aspecto que se analizará en el siguiente apartado.

En todo caso, el alcance del contenido de las prestaciones sanitarias que cubre el sistema es delimitado de forma genérica por la norma estatal, que busca garantizar un contenido básico común, sin perjuicio de las competencias autonómicas. Así lo reflejó en su momento la LGS de 1986, y se concreta en la LSNS (desarrollado actualmente por Real Decreto 1030/2006), que regulan el catálogo de prestaciones del SNS y la denominada cartera de servicios, que trataremos en el siguiente apartado. Esta regulación tiene una, dimensión positiva (lo que se incluyen), y negativa (lo que se excluye de la cobertura, art. 17 y 21 LSNS, y Anexo III del RDOPS¹²), dado que se trata de dotar de prestaciones sanitarias a los ciudadanos para garantizar los mejores niveles de salud posibles, pero dentro de una lógica y en términos de eficacia y racionalidad. Pero el cuadro completo lo obtenemos sumando a lo anterior, la regulación de las Comunidades Autónomas en materia de prestaciones sanitarias, debiendo tener en cuenta las leyes autonómicas de salud, que regulan las reglas generales sobre las prestaciones sanitarias que proporcionan estas administraciones, a lo que se suman las normas reglamentarias de ejecución de las prestaciones básicas establecidas a nivel estatal.

En este contexto es necesario hacer referencia, aunque sea brevemente, al alcance de los sujetos beneficiarios de dichas prestaciones. Sin perjuicio de que el español es un sistema sanitario cuyo objetivo es lograr la universalidad en términos de sujetos protegidos, (art. 43 CE, y artículo 1.2, 3.2 LGS), es fruto de un necesario proceso hasta alcanzar su plenitud, que se asumía desde el principio (así lo preveía expresamente la Disposición Transitoria 5ª LGS). Si bien, además, se suman a este proceso momentos de regresión como el que se produjo en el año 2012. De esta forma, inicialmente, se reconoce el derecho de las prestaciones a todos los españoles, pero se matizaba y limitaba en el caso de los extranjeros. En principio dicha limitación era estrictamente acorde con el artículo 12 de la

¹¹ Hay que matizar que el catálogo de prestaciones que establecía el RDOPS ya excluía la intervención sobre prestaciones farmacéuticas, y remite a su regulación específica, (Disposición Adicional 3ª), de tal forma que en relación a este aspecto surge un subsistema dentro del sistema general de prestaciones sanitarias.

¹² Se excluyen conforme consta en el Anexo III del RDOPS : 1. La expedición de informes o certificados sobre el estado de salud distintos de los previstos en el anexo I; 2. Los reconocimientos y exámenes o las pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros; 3. La cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita; 4. Los tratamientos en balnearios y las curas de reposo; 5. La cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos; 6. El psicoanálisis y la hipnosis.

Ley Orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España, haciendo un tratamiento diferenciando entre el derecho que sí se reconoce a nacionales de Estados de la Unión Europea, y de otros Estados, que dependerá de las circunstancias de cada caso (art. 3 LSNS).

Como se ha avanzado, existe un momento de retroceso en ese camino hacia la universalidad (que de hecho se había logrado de facto), y vino de la mano del RDL 16/2012, que retocó el ámbito subjetivo de cobertura sanitaria modificando el artículo 3 de la LSNS, e introduciendo limitaciones desde el punto de vista subjetivo, adoptando el concepto de asegurado para limitar el alcance subjetivo de la cobertura sanitaria. De esta forma se produce un retroceso a un concepto más parecido al de la anterior sanidad vinculada al sistema de Seguridad Social. En concreto, en la nueva redacción del artículo 3, se reconocen como asegurados a los “afiliados a la Seguridad Social, pensionistas, beneficiarios o demandantes de empleo”, y en un segundo término a los españoles y extranjeros en situación regular, pero siempre que no superen determinado nivel de ingresos¹³. A los asegurados se unen los beneficiarios que son aquellas que mantienen determinados vínculos con éstos y residen en España. Los extranjeros en situación irregular quedan fuera de la cobertura sanitaria excepto en caso de urgencia vital, y quienes no queden excluido de la cobertura pueden pagar los servicios recibidos o suscribir un convenio especial que funciona a modo de seguro privado¹⁴. Esta modificación del ámbito subjetivo de protección del sistema sanitario fue objeto de recurso de inconstitucionalidad, cuya resolución judicial sirvió a corroborar que el derecho a la atención sanitaria se configura en nuestro país como un derecho de configuración legal y no como derecho subjetivo directamente exigible ante el Estado por los ciudadanos, (olvidando tratar el tema desde el punto de vista de la configuración constitución del derecho que es evidentemente el de una sanidad pública universal).¹⁵

2.2. Ordenación del Catálogo de Prestaciones Básicas del Sistema Nacional de Salud. Las carteras de servicios

Partimos de que el derecho a las prestaciones sanitarias son un derecho de configuración legal, cuyo contenido se determina conforme al esquema general del reparto de competencias entre Estado y Autonomías en materia de sanitaria, correspondiendo al Estado marcar las prestaciones básicas en ejercicio de sus competencias sobre las bases y coordinación de la sanidad (art. 149 CE).

En un primer momento, la LGS de 1986, articula una vía indirecta (DA 14^a), autorizando al ejecutivo a desarrollar el contenido básico de prestaciones a las que debía responder el nuevo Sistema Sanitario, aprobándose el ya mencionado RDOPS. Posteriormente, con la aprobación de

¹³ Quedan excluidas de la condición de asegurado aquellos que no tengan ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía (art. 2 b) del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS.

¹⁴ La Orden aprobada el 3 de octubre de 2012, establece los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria para personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.

¹⁵ En sentencia de 139/2016, de 21 de julio (RTC 2016, 139), el Tribunal Constitucional se pronuncia sobre la cuestión al hilo del recurso de inconstitucionalidad presentado contra el RDL 16/2012 que operó la más importante reforma del SNS reintroduciendo, entre otras cosas, la condición de asegurado y beneficiario para el disfrute de la asistencia sanitaria, haciéndola depender de distintas circunstancias que restringían el acceso a una asistencia sanitaria universal. Pues bien, el Tribunal Constitucional se ocupa de recordar (Fundamento Jurídico Sexto) que el artículo 43 CE se sitúa entre los principios rectores de la política social y económica, los cuales, en virtud de lo que dispone el artículo 53.3 CE, deben informar la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, pero que a su vez sólo se pueden alegar ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo dispuesto en las leyes que los desarrollen. El Tribunal Constitucional señala que el cambio operado por el Real Decreto-Ley 16/2012 no afecta a la constitucionalidad de la medida, «ya que la Constitución no ha prefigurado directamente un contenido prestacional que el legislador deba reconocer necesariamente a cualquier persona, sino que el artículo 43.2 CE impone un mandato a los poderes públicos, y en particular al legislador, para establecer los derechos derivados del apartado 1 de ese mismo precepto. Como ya se ha señalado, se trata de un derecho de configuración legal y que, por tanto, permite al legislador redefinir los derechos y obligaciones de los titulares del mismo».

la LSNS, se dispone un mecanismo de delimitación del contenido de las prestaciones sanitarias que pretende racionalizar el ejercicio de las funciones legislativas de desarrollo asumidas por las autonomías, distinguiendo entre el catálogo del SNS en el que figuran las prestaciones sanitarias de contenido básico e indisponible para todas, y las carteras de servicios, en las que se hacen efectivas las prestaciones contenidas en el catálogo, y que están pensadas para permitir el ejercicio de competencias tanto por parte del Estado como de las distintas CCAA.

Dada la estructura del contenido de las prestaciones sanitarias que ofrece la LSNS parece que dicho contenido es indisponible para las Comunidades tanto en sentido negativo (de hecho no pueden excluir ninguna prestación del catálogo), como en positivo, en cuanto no podrían añadir ninguna prestación al catálogo, concentrando el ejercicio de competencias autonómicas en la determinación de las carteras de servicios y en su ejecución (con el fin de evitar gastos extraordinarios que conllevaría el incremento del catálogo de las prestaciones). Sin embargo, el hecho es que las CCAA pueden establecer nuevas prestaciones sanitarias (así lo reconocen las Autonomías en sus respectivas normas de salud), junto a las incluidas en el catálogo del SNS que constituiría el contenido básico desarrollado por las Comunidades, completándose el catálogo de prestaciones siendo éstas, igualmente, prestaciones del SNS ya que el sistema es único. Sin embargo, el hecho es que, existen diferentes desarrollos entre autonomías derivadas de este sistema de reparto de competencias sanitarias, (tanto en contenido, como en copago de ciertas prestaciones no básicas). En definitiva, las CCAA asumen el contenido básico de las prestaciones y lo pueden desarrollar estableciendo un contenido complementario, respetando las reglas que la norma marca para ello.

Desde el principio, la LSNS concibe la cartera de servicios como el ámbito natural para que las Comunidades lleven a cabo el ejercicio de sus competencias de desarrollo, pero no deja libertad total en este desarrollo de las carteras de servicios. Así en el art. 20.2 LSNS establece que las autonomías tendrán que tener en cuenta una serie de circunstancias a la hora de elaborar las carteras de servicios (tendrán presente *“la eficacia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgos y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo”* ... Esta fórmula se corrobora en la reforma de 2012 que establece, para la evaluación de dicho contenido la participación de nuevo organismo denominado Red Española de Agencias de Evaluación Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. En todo caso, el legislador deja constancia de que no se incluirán en la cartera común las técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución médica *“no estén suficientemente probadas”*, (art. 20.2 LSNS).

Así pues, en cuanto a su contenido las prestaciones sanitarias se fijan a nivel estatal en el Catálogo de Prestaciones del SNS (art. 7 LSNS) cuya finalidad es garantizar las condiciones comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención sanitaria para todos los ciudadanos. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del SNS los *“servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud”* dirigidos a los ciudadanos. A partir de la definición de las prestaciones sanitarias que potencialmente incluiría todos los tratamientos relativos a la salud existentes, los artículos 11 a 19 de la LSNS delimita aquellos que sí van a recibir la cobertura pública que serán los que se incluyen en el catálogo de prestaciones del SNS, (inicialmente regulado por el RDOPS, actualmente regulado en el RD 1030/2006 sobre cartera de servicios comunes): las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención socio-sanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Como ya se avanzó, la reforma en la configuración de la Cartera Común de servicios del SNS, introducida por el RD Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, supuso un cambio de concepto en Sistema. Se produjo entonces el fraccionamiento en tres de la Cartera Común, que tenía como objetivo el descargar el gasto público vinculado a sanidad, aceptando el copago de ciertas prestaciones. En concreto se reconocen la modalidad de Cartera Común Básica

de servicios asistenciales (art. 8 bis LSNS, según esta modificación); la Suplementaria (art. 8 ter); y la Cartera Común de Servicios Accesorios (art. 8 quáter), -siendo las dos últimas las que se ven afectadas por la participación económica del usuario del servicio-. El Consejo Interterritorial del SNS acuerda la Cartera Común de servicios SNS, aprobándose posteriormente por Real Decreto, y con un control anual de costes de aplicación que realizará el Ministerio de Sanidad, (art. 8 LSNS, según redacción dada por el RDL 16/ 2012).

También es importante resaltar que, entre las novedades que introdujo originariamente en esta materia la LSNS, (y que mantiene la reforma de 2012), destacan la racionalización de la ordenación de prestaciones que sirvió para articular el desarrollo por parte de las autonomías, y el establecimiento de un mecanismo para mantener equilibrado y actualizado el catálogo de prestaciones, que lógicamente es especialmente sensible a los avances tecnológicos, y a las características de la población que cubre, siendo imprescindible su actualización para garantizar su efectividad. Así pues, se regula y prevé la forma de actualización del catálogo según exigencias, incluyéndose nuevos servicios y excluyéndose otros según evolucionen las necesidades y las técnicas.

Esto se reguló, en la D.A. 2ª de la ley, que ordenaba que dichas modificaciones se hagan mediante Real Decreto, “previo informe del Consejo Interterritorial del SNS y dictamen del Consejo de Estado”, y siempre atendiendo para aprobar su inclusión a los principios de eficacia, eficiencia, seguridad y utilidad terapéutica. El artículo 21 LSNS, (modificado en 2012), establece los requisitos que deben respetarse para la actualización de la cartera común de servicios (ya sea para añadir o para excluir técnicas), que requerirá Orden del titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, y sometiendo las nuevas técnicas y medios a “evaluación con carácter previo, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, (art. 21 LSNS). El contenido de la cartera común de servicios del SNS, se desarrolla en el Real Decreto 1030/2006 (revisado por última vez en 2019), que sigue regulando, igualmente, el procedimiento para su actualización.

Así pues, en esta estructura descentralizada del SNS, la concreción de las prestaciones que atiende el Sistema de forma única, se hace efectiva mediante la denominada Cartera de servicios común, que se proporciona de forma ordinaria en los centros propios o concertados del SNS. Por su parte, el artículo 11 del RD 1030/06, reconoce las competencias de cada Comunidad Autónoma para aprobará su propia cartera de servicio complementarias, pero siempre teniendo en cuenta el artículo 20 LSNS, que exige que se respete el contenido mínimo la cartera de servicios aprobada a nivel estatal. Se garantiza con ello que exista un contenido mínimo armonizado para todos los territorios, y por tanto para todos los ciudadanos, pero también podrán incorporar en sus carteras de servicios específicas, técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplado en cartera común, Esta decisión deberá ser informada con carácter previo a su adopción, ante el Consejo Interterritorial del SNS, (art. 5 del RD Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, que modificó el art. 8 quinquies de la LSNS). En todo caso, para la inclusión de prestaciones más allá de las básicas, se establecerán recursos adicionales necesarios, y la garantía previa de suficiencia financiera de la misma, en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria, (art. 11.2 RD 1030/2006).

El Ministerio de Sanidad cuenta con un sistema de información de cartera de servicios en el que se recoge el contenido de la cartera común, y el de las diferentes carteras complementarias de las Comunidades Autónomas y de las Mutualidades de funcionarios, de acceso abierto a todas las administraciones sanitarias, profesionales y usuarios.

En resumen, el Catálogo de Prestaciones del SNS determina a nivel legal el contenido de las prestaciones, que se concreta y se actualiza mediante las carteras de servicios, (incluidas las complementarias de las CCAA), definidas legalmente como el “conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en

el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias” (art. 8 LSNS). La cartera complementaria de las CCAA incluirá el nivel básico común, aparte de las complementarias que puedan aprobarse en su territorio, pero cumpliendo los requisitos antes comentados. En el caso de que una autonomía no pueda ofrecer algunos de los servicios que incluye la cartera común del SNS, se establecerán los mecanismos para remitir al usuario que los precise al centro donde pueda ser facilitado, con coordinación con el Servicio de Salud que lo facilite.

3. ESTRUCTURA DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS ESTATAL: BÁSICA DE SERVICIOS ASISTENCIALES (PRESTACIONES SANITARIAS). SUPLEMENTARIA (PRESTACIONES SANITARIAS). DE SERVICIOS ACCESORIOS (ACTIVIDADES, SERVICIOS O TÉCNICAS)

La estructura de la Cartera Común de Servicios Estatal conserva, a día de hoy, la forma que le dio el RD-Ley 16/2012, que dividió la hasta entonces cartera común, en tres bloques:

La cartera común básica de servicios asistenciales (es la única que garantiza la total gratuidad para todo el país, y que incluye actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.); la cartera suplementaria, (incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario (prestación farmacéutica, ortoprotésica y con productos dietéticos, y transporte sanitario no urgente por prescripción médica. El Ministerio dispone su actualización, financiación máxima y aportaciones de los pacientes (excepto para el caso de los medicamentos). y la cartera de servicios accesorios, (incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario. El titular del Ministerio aprueba la inclusión de servicios accesorios, los importes máximos de financiación, así como las modalidades de aportación o reembolso aplicables en cada caso).

Así, la nueva estructura organiza las prestaciones en función de su relevancia, y para cada una dispone un alcance distinto en términos de financiación pública (límites de financiación y participación en el pago de los pacientes), así como distintos mecanismos de actualización a partir de su aprobación que se lleva a cabo mediante Real Decreto acordado en el seno del Consejo Interterritorial del SNS.

Como se puede observar la cartera suplementaria y la de servicios accesorios, permiten la introducción de copagos de las prestaciones a las que se extienden sus competencias. Este cambio alejó de la financiación pública a la globalidad del sistema, e introducía la posibilidad de aprobar el copago de ciertas prestaciones. Por esta razón, y por las limitaciones introducidas en relación al ámbito subjetivo, se dice que la reforma sanitaria de 2012 supuso una ruptura en la evolución del sistema sanitario español que, de forma acorde a los principios constitucionales, se caracterizaba por su universalidad (que existía de facto) y su carácter público y gratuito (asumiendo ahora el coste de ciertas prestaciones).

En 2021, con la aprobación de los Presupuestos Generales del Estado, se recuperó en ciertas prestaciones de las de la cartera suplementaria, la cobertura económica pública, siendo este un primer paso en una reforma que busca la recuperación progresiva de la cobertura pública gratuita de prestaciones. Así pues, actualmente nos encontramos en un momento de transición, pendientes de la aprobación de una nueva reforma legislativa que recuperará la cartera única de servicios, buscando garantizar un núcleo duro de prestaciones para todos los ciudadanos, y evitar que puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.

4. CONTENIDO DE LAS TRES MODALIDADES DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS ESTATAL

El contenido concreto de la Cartera Común de prestaciones, se regula conforme a la nueva estructura en las tres modalidades del Real Decreto 16/2012, (texto modificado del artículo 8 de la LSNS), y el Real Decreto 1030/2006, que se mantiene vigente en tanto no se apruebe nuevo reglamento (DT 2º del RD Ley 16/2012), y que desarrolla en cuanto a contenido concreto, (a lo que se suman numerosas órdenes del Ministerio de Sanidad y acuerdos, que concretan y detallan diferentes apartados de las prestaciones, según se van acordando actualizaciones de la cartera común).

Seguidamente se aporta un esquema de las prestaciones (no el detalle del contenido exhaustivo de cada prestación), que componen y en el que se divide la Cartera de servicios comunes del SNS, que es el siguiente:

1. Cartera común básica de servicios asistenciales

1.1. Las prestaciones de Salud Pública

Son las que hacen referencia al objetivo preventivo del SNS. La norma las define como el conjunto de iniciativas organizadas por la Administración sanitaria para preservar, proteger y promover la salud de la población (artículo 11 LSNS).

El artículo 11 de la LSNS recoge el denominado catálogo de prestaciones de Salud Pública, que incluyen: Información y vigilancia epidemiológica; la protección de la salud (diseño e implantación de políticas de salud y ejercicio de la autoridad sanitaria); promoción de la salud y la prevención de enfermedades y de las deficiencias; la vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros por parte de la administración sanitaria competente; la promoción y protección de la sanidad ambiental; la promoción y protección de la salud laboral; la promoción de la seguridad alimentaria.

Muchas de estas prestaciones venían ya referenciadas en la LGS, si bien no como concepto y con la sistemática que lo hace la LSNS. Su regulación supuso poner mayor relevancia al elemento preventiva y de cultura de la salud, que deben prestarse desde el Sistema de Salud Público. El Anexo I del RD 1030/2006, señala que a fin de hacerse efectiva la orientación de la actividad sanitaria deberá estar “orientada al diseño e implantación de políticas de salud”, orientación al ciudadano con programas de protección, promoción y prevención de enfermedades que se realizarán con “programas intersectoriales y programas transversales”.

Estas prestaciones, si bien son muy abiertas en cuanto a contenido, deberán informar en todo caso la forma de actuación del sistema, y se proporcionarán a partir de las estructuras de salud pública de las Administraciones y de las infraestructuras de atención primaria (art. 11.2 LSNS, Anexo I RD 1030/06).

El amplio concepto de Salud Pública es regulado también por la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que desarrolló, entre otros aspectos, los principios generales de salud pública, actuaciones de salud pública como vigilancia de la salud, promoción y medidas de fomento, comunicación en salud pública, prevención, coordinación de la promoción de la salud, y prevención de enfermedades.

1.2. La atención primaria

Se define como el nivel básico e inicial de atención sanitaria, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos (art. 12 LSNS y Anexo II del RD 1030/2006). Incluye el abordaje de los problemas de salud y los factores y conducta de riesgos para la salud. Se presta por equipos

interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a los servicios sanitarios, y la coordinación entre los sectores implicados.

Comprende los siguientes servicios: Atención sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto de consulta como en el domicilio de la persona enferma; Indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria; actividades de información y vigilancia en la protección de la salud; rehabilitación básica; atención y servicios específicos relativos a grupos de edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos (a infancia, adolescencia, mujer, adultos, personas mayores, detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades); atención paliativa a enfermos terminales; atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada; atención a la salud bucodental.

1.3. Las prestaciones de atención especializada

Es el segundo nivel de atención viene desarrollado en el Anexo II del RD 1030/06, que lo describe como el nivel de atención sanitaria establecido que corresponde, *“una vez superadas las posibilidades de la atención primaria”* en relación al diagnóstico, terapias, rehabilitación y cuidados, además de las de educación y prevención de enfermedades, *“cuya naturaleza aconseja que se realicen a este nivel”* superior. Se incluye en esta prestación la atención en consultas externas y en hospital de día.

La atención especializada comprende: La asistencia especializada en consultas; atención especializada en hospital de día, médico y quirúrgico; hospitalización en régimen de internamiento; apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización a domicilio; indicación o prescripción, y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; atención paliativa a enfermos terminales; atención a la salud mental; y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

1.4. Prestación de atención sociosanitaria

Comprende todos los cuidados destinados a enfermos, normalmente crónicos, que pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para potenciar su autonomía, paliar padecimientos y su reinserción social (artículo 14 LSNS).

Comprende: los cuidados de larga duración; atención sanitaria de convalecencia; rehabilitación para pacientes con déficit funcional recuperable.

Los servicios sociales y sanitarios de las administraciones públicas competentes garantizarán la continuidad de estos servicios. Dado el reparto competencial que regulan los artículos 148 y 149 de la CE, estas prestaciones que podríamos calificar como de naturaleza mixta, son desarrolladas principalmente por las Comunidades Autónomas, que en su totalidad han asumido la asistencia social.

1.5. Atención de urgencias

La atención de urgencia originariamente se trataba como parte de la atención primaria, y de la atención especializada (Anexo I, RDOPS). Actualmente tiene consideración independiente, y considerando como tal la que se proporciona a los pacientes que precisan atención sanitaria inmediata. Se presta tanto *“en los hospitales durante las 24 horas del día, a pacientes en situación clínica aguda”*, así como fuera de ellos, incluyéndose aquí la atención médica o de enfermería en el domicilio del paciente y la atención in situ, en caso especiales.

La atención de urgencia se entiende como una *“atención integral y continua que se presta por atención primaria y especializada, y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente”*. El modelo de organización será responsabilidad de las administraciones sanitarias que corresponda, y existirán mecanismos de coordinación entre los diferentes intervinientes, además de

la coordinación con otros servicios (Protección Civil, extinción de incendios...), para situaciones especiales como sucede en la atención a planes de catástrofes.

Los servicios que incluye son: atención telefónica mediante los centros coordinadores de urgencias sanitarias; evaluación inicial e inmediata de los pacientes para priorizar actuaciones; realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos médico-quirúrgicos; monitorización, observación y reevaluación de pacientes; transporte sanitario de urgencia según la situación; información y asesoramiento al paciente sobre la atención prestada; una vez atendidos derivación al nivel asistencial más adecuado, o incluso internamiento hospitalario, o alta si procede; comunicación a las autoridades de las situaciones que lo requieran (especialmente en casos de violencia de género, malos tratos a sujetos vulnerables).

2. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud

Incluye las prestaciones cuya previsión se realiza mediante dispensación ambulatoria y está sujeta a aportación económica por parte del usuario, y que comprenden:

2.1. Prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica se caracteriza por contar con una regulación propia. En concreto, su norma de referencia es la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, además de diversas disposiciones aplicables al tema.

Esta prestación incluye todos los medicamentos, productos sanitarios y las actuaciones precisas para la realizar la prescripción y dispensación adecuada a cada caso (el objetivo es que los pacientes reciban las dosis precisas, durante el tiempo preciso, y al menor coste posible).

El contenido concreto de la prestación farmacéutica, en caso de pacientes no hospitalizados (los pacientes hospitalizados reciben medicación dentro de las prestaciones correspondientes a la atención especializada), incluye: medicamentos con financiación aprobada por el SNS y autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y acordes a las normas de la Unión Europea; efectos y accesorios con marcado CE, con financiación aprobada en el SNS; fórmulas magistrales aprobado en el Formulario Nacional; vacunas acorde a la prescripción facultativa según pacientes, de acuerdo con la normativa vigente.

Estos productos requieren participación económica de los usuarios, -en diferente medida según los casos¹⁶-, salvo ciertos colectivos vulnerables, que desde 1 de enero de 2021 (Presupuestos Generales del Estado de 2021), recuperaron la gratuidad, en concreto: pensionistas con rentas menores a 5.635 euros/año; beneficiarios de ingreso mínimo vital, perceptores de prestación por hijo o menor a cargo; parados que hayan perdido el derecho al subsidio; discapacitados según normativa específica; todos los discapacitados menores de 18 años con grado de 33% o más; personas beneficiarias de prestaciones no contributivas, y pensionistas que no tengan obligación de presentar declaración de la renta, y afectados del síndrome tóxico; también lo tienen reconocido enfermos con tratamientos derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional; y los productos dispensados en centros o servicios asistenciales sanitarios.

Quedan excluidos de la cobertura de la cartera de productos farmacéuticos: productos cosméticos, dietéticos, aguas minerales; elixires, dentífricos; y productos similares; medicamentos calificados como publicitarios; medicamentos adscritos a grupos terapéuticos excluidos de la financiación por norma vigente; productos homeopáticos.

¹⁶ La participación económica ordinaria será del 40% del coste de venta al público, llegando al 60% si existen rentas superiores a los 100 mil euros; los mutualistas aportan el 30%, y aportación reducida al 10% sobre el precio de venta al público, sin poder exceder de cierta cantidad, en casos de enfermedad crónica o graves (según normativa), efectos y accesorios según grupos reglamentariamente establecidos; medicamentos que proporciona el SNS mediante receta a enfermos de SIDA.

2.2. Prestación ortoprotésica (implantes quirúrgicos, prótesis externas, ortesis, sillas de ruedas y ortoprótesis especiales)

Se define como la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o modificar, corregir o facilitar su función. Su objetivo es mejorar la calidad de vida y la autonomía del paciente afectado (Anexo VI RD 1030/06).

Se incluye en su contenido: los implantes quirúrgicos, prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y ortoprótesis especiales (existen catálogos y guías descriptivas para determinar los tipos de productos incluidos en la prestación). No se incluye en esta prestación los efectos y accesorios, ni artículos ortoprotésicos destinados al deporte, con finalidad estética, ni de los que se realice publicidad.

Esta prestación se proporciona, previa prescripción médica, por los servicios de salud, o da lugar a ayudas económicas, según las normas reglamentarias que dictan las Administraciones sanitarias competentes, (con carácter general la aportación del usuario responde a un esquema parecido al de la prestación farmacéutica, tomando como referencia el precio de oferta del producto).

2.3. Prestación de productos dietéticos

Incluyen los tratamientos dietoterápicos (alimentos dietéticos destinados a uso médico especiales para enfermos con trastornos metabólicos congénitos), complejos y nutrición enteral domiciliaria (incluye alimentación alimentación por sonda; fórmulas enterales). Los responsables de la prescripción de estos productos recae, respectivamente, en los facultativos especialistas de unidades hospitalarias, autorizados para ese fin por los servicios de salud, y los facultativos especialistas adscritos a la unidad de nutrición de los hospitales o por los que determinen los servicios de salud de cada autonomía.

El SNS financiará estos productos dietéticos cuando se cumplan los requisitos de contar con indicación sanitaria (no social), las necesidades nutricionales no puedan cubrirse por alimentos de consumo ordinario; que la administración de estos productos mejoren la calidad de vida del paciente; los beneficios superen a los riesgos y, en todo caso, se valorará periódicamente el tratamiento. El copago o no, en estos casos también dependerá de la particular regulación de desarrollo que haya aprobado cada autonomía.

2.4. Prestación de transporte sanitario no urgente

Esta prestación cubre la necesidad de desplazamiento de enfermos o accidentados que no se encuentran en situación de urgencia o emergencia, pero que por causas clínicas están incapacitados para desplazarse por medios ordinarios, sea cual sea el medio utilizado a tal fin.

Está sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

En esta prestación queda incluido el traslado de pacientes entre Comunidades Autónomas.

3. Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud

Incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que actúan de apoyo para la mejora de una patología crónica, “estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario”.

Al igual que las anteriores, es de aplicación a estas prestaciones lo previsto en el art.2.3 del RDL de 2012: “... *El porcentaje de aportación del usuario se registrará por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación.*»

Para concluir, se ha de recordar que cada Comunidad Autónoma cuenta con su propia cartera de servicios complementaria, que desarrolla las prestaciones de la cartera común, y las que

haya decidido ampliar, cumpliendo los requisitos establecidos en la norma, que se comentaron en apartados anteriores.¹⁷ Mención especial requiere también la cartera de servicios de las mutualidades de funcionarios, (Disposición Adicional 4ª LSNS, y DA única del RD 1030/2006).

5. REFERENCIA AL PROYECTO DE LEY DE MEDIDAS PARA LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: UNA NUEVA REFORMA PARA EL FUTURO PRÓXIMO

Para cerrar este artículo, es imprescindible hacer referencia a que actualmente nos encontramos en un momento de tránsito en la regulación de la estructura de la cartera de servicios sanitarios. El 9 de noviembre de 2021 se aprobó, en Consejo de Ministros, el Anteproyecto de la Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, que tiene entre sus objetivos principales unificar criterios y mejorar la gestión de los servicios sanitarios.

En la fecha del momento en que se escriben estas líneas, el ya proyecto ley para consolidar la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, aprobado en Consejo de Ministros el pasado 14 de junio, continúa su tramitación parlamentaria, una vez sometidas a votación en el Congreso de los Diputados y habiéndose rechazado por amplia mayoría, todas las enmiendas a la totalidad presentadas en contra.

Según palabras del propio ejecutivo: Esta nueva regulación supondrá la reforma de varias normas sanitarias, con medidas renovadoras y de ampliación de las capacidades del Sistema Sanitario de Salud, entre las que destaca la *“gestión directa pública de los servicios sanitarios y sociosanitarios como fórmula preferente en el SNS y recuperar la cartera común de servicios única, ahora dividida en cartera común básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios. Asimismo, garantías para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.”* Actualmente la *“cartera suplementaria incluye como prestaciones sujetas a copago las farmacéuticas, ortoprotésicas, dietoterápicas y el transporte sanitario no urgente.”* (<https://www.sanidad.gob.es/va/gabinetePrensa/reformaSanidad/claves.htm>).

Efectivamente, una reivindicación clásica del socio de gobierno Podemos, era revertir la reforma realizada en 2012, y volver a la universalidad del SNS y la cartera común de servicios financiada en su totalidad con fondos públicos, (eliminando así la vía abierta a los copagos sanitarios). Esta reforma conllevará la modificación del artículo 8 de la Ley de Cohesión, e incorporará a la cartera común todos los servicios actualmente divididos en tres modalidades, (de las cuales solo una garantiza la gratuidad), se trata por tanto de un progresivo retorno a la minimización de los copagos. En concreto quedan eliminadas las prestaciones ortoprotésicas para los mismos colectivos a los que ya se liberó el copago farmacéutico (pensionistas con rentas bajas, menores con discapacidad reconocida, perceptores del Ingreso Mínimo Vital y perceptores de prestación por hijos a cargo). Otra novedad es el impulso a las políticas de salud pública. Se especifica que en la cartera común *“quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública”*.

Por otro lado se reconoce la extensión de la asistencia sanitaria a personas ascendientes reagrupadas por el titular del derecho en el SNS o los españoles de origen y sus familias residentes en el exterior, durante sus desplazamientos temporales. También se aprueba la protección a la salud de las personas no registradas, ni autorizadas y el reconocimiento a las personas víctimas de trata o explotación sexual y los solicitantes de protección internacional o temporal.

Para concluir, ha de hacerse constar que, entre las novedades más importantes que se introducen en este proyecto de ley, destaca la inclusión de una Disposición Derogatoria que afecta

¹⁷ A modo de ejemplo, el Servicio de Salud de Euskadi incluye en su cartera complementaria el cribado neonatal ampliado a algunas enfermedades congénitas específicas (metabolopatías); la reproducción asistida y el diagnóstico genético preimplantacional; la cirugía de reasignación genital (cambio de sexo); la ortodoncia para personas con fisura palatina y la neuropsicología para el daño cerebral adquirido.

a la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del SNS, que propiciará cierta desprivatización de la sanidad pública. La participación privada en la gestión de la sanidad pública será la excepción, debiendo “contar con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir” a esta forma de gestión. Esta medida es tachada por los detractores de la norma como una reforma ideológica, (¿hay algo en esta vida no afectado por la ideología? ...), la cuestión será cómo se lleve a efecto en ámbitos sanitarios donde la privatización ya está muy avanzada.

A modo de conclusión final, se puede afirmar que, sin perjuicio de las mejoras en términos de gratuidad, gestión pública y universalidad que parecen se afrontarán por la nueva reforma legal, en términos formales el nivel de cobertura que ofrece el SNS español es más que satisfactorio. Esto es así si observamos las reglas básicas que informan la Cartera Común de Servicios, de acuerdo con el contenido del RD 1030/2006, donde se articulan servicios básicos y comunes para garantía de una atención sanitaria “adecuada, integral y continuada al usuario”, donde se accede a dichas prestaciones en condiciones de igualdad (art. 2), de forma que si no existe una técnica o medio de los considerados básicos en el ámbito geográfico de residencia se establecen mecanismos para remitir a los usuarios a centros o servicios donde se les pueda facilitar (aun siendo en regiones diferentes a las de estos enfermos), donde observamos que contamos con una extensa Cartera Común Básica de servicios asistenciales gratuitos, que ha sido calificada por la Organización Mundial de la Salud como una de las más completas del mundo (a salvo de algunas carencias importantes como la atención bucodental). Sin embargo existe un problema de financiación y ejecución de esos servicios públicos sanitarios y por tanto de la ejecución de la Cartera de Servicios que en la práctica condicionan y diezman el alcance de la asistencia pública que se presta. El ejemplo directo de este problema se observa en la gran crisis de la atención primaria. En definitiva la cuestión no reside tanto en la configuración del Sistema sino en su ejecución (dotación de medios económicos, personales, técnicos ratios...), que son los que determinarán la verdadera apuesta por la conservación de un sistema público sanitario de calidad.

BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

- BALLESTER AÑÓN, R., RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “El informe del consultor de la Organización Mundial de la Salud Fraser Brokington de 1967, en el contexto del reformismo sanitario franquista”. *Revista de Medicina del Trabajo, Psicología Industrial y Seguridad Social en Latinoamérica*. Volumen 39, núm. 2. 2019.
- CABO MUIÑOS, J. *Capítulo 2.- Sistema Sanitario Español: antecedentes históricos*. Gestión sanitaria integral: pública y privada. Cabo Salvador, J. (Dir.). AA.VV. Centro de Estudios Financieros, Madrid, 2010.
- FAUS SANTASUSANA, J., VIDA FERNÁNDEZ, J., (dirs.), (AAVV). “*El derecho farmacéutico y de los medicamentos: concepto, características esenciales y principio*”). Tratado de Derecho Farmacéutico. Aranzadi. Pamplona, 2017.
- FREIRE CAMPO, J.M. Público y Privado en el nuevo papel del Estado. Vida Fernández, J. (dir.) AAVV. “Público y privado en la Sanidad”. *Revista Tiempo de Paz*. Número 142. 2021.
- GONZÁLEZ MURILLO, P. *Franquismo social y Ministerio de Trabajo (1939/1957)*. Sociología del Trabajo. Ediciones Complutense. 2021. <https://dx.doi.org/10.5209/stra.79035>
- JIMÉNEZ PALACIOS, A.. “El Sistema Nacional de Salud 20 años después”. *Revista de Administración Sanitaria*. Siglo XXI. Volumen 4, número 2. (páginas 311 a 322). Abril 2006.
- MONSERRAT CODORNIÚ, J., RODRÍGUEZ CABRERO, G. *Modelos de atención socio-sanitaria*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Artegraf, Madrid, 2002.

- RUIZ GINAR, C. “Historia de la Sanidad Pública española”. *Revista Portales Medicos.com. Apartado de Gestión Sanitaria. Historia de la Medicina y la Enfermería*. ISSN 1886-8924. Número de 23 noviembre de 2013.
- SERRALLONGA URDIQUI, J. “Reformadores y reaccionarios en la estructura central de la Sanidad en España (191/1936)”. *Investigaciones Históricas*, 29. Universidad de Valladolid. 2009.
- VIDA FERNÁNDEZ, J. *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud: carteras de servicios y prestaciones farmacéuticas*. Págs. 37-110. La reforma del Sistema Nacional de Salud: cohesión, calidad y estatutos profesionales. Parejo Alfonso, L., Palomar Olmeda, A., Vaquer Caballeira, M. (dirs). AA.VV. J. Marcial Pons. Madrid. 2004
- INSTITUTO NACIONAL DE GESTION SANITARIA. Orígenes del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/organizacion/origenes/home.htm> (diciembre 2021). <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm> (enero 2022).