



Universidad de Cantabria

Escuela Universitaria de Enfermería Casa Salud Valdecilla

Sistema Sanitario Español.

Transferencias sanitarias y panorama actual.

Sanitary Spanish System

Sanitary Transferences & present scene

Autor

Elena Alonso Soria

Director

María Madrazo Pérez

**Trabajo de Fin de Grado. Departamento de Enfermería.
Universidad de Cantabria**

**Curso de Adaptación al Grado en Enfermería
Santander, Junio 2013**

ÍNDICE

1. Resumen/Abstract.....	3
2. Introducción.....	4
1. Estado actual del tema a tratar.....	4
2. Motivos de la elección del tema a estudio.....	6
3. Objetivos del trabajo.....	6
4. Descripción de capítulos.....	6
5. Estrategia de búsqueda.....	7
3. Marco histórico y legislativo. Período de transición política en España.....	7
1. Transición política y Constitución de 1978.....	7
2. LOFCA. Ley Orgánica 8/1980, de 22 de Setiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas	10
3. Ley General de Sanidad 1986.....	10
4. Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.....	11
4. Transferencias sanitarias a las CCAA. Proceso.....	12
5. Luces y sombras de la descentralización sanitaria. Igualdades y desigualdades.....	15
6. Organismos coordinadores de la Administración Central-Comunidades.	17
1. Consejo Interterritorial.....	17
2. Comité consultivo.....	18
7. Administración Central. Competencias.....	19
8. Administración Regional. Competencias.	19
1. Corporaciones locales.....	19
9. Marco legislativo actual. Nuevas leyes y decretos.	20
1. Ley 29/2006 de 26 de Julio, de Garantías y Uso racional de medicamentos y productos sanitarios.....	20
2. Derechos y libertades de los extranjeros residentes en España. Ley Orgánica 4/2000.....	21
3. Ley General de Salud Pública (2011).....	21
4. Real decreto-ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012).....	22
10. Caso de Cantabria.....	23
1. Marco legislativo.....	23
1. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.....	23
2. Ley de creación del Servicio Cántabro de Salud.....	24
2. Financiación del Sistema Sanitario Publico en Cantabria.....	25
11. Hacia donde debe ir el SNS.....	26
12. Bibliografía.....	31

SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

1. RESUMEN:

España es un país que tras un periodo convulso de transición política, social y cultural, llega a gozar de una democracia en la que se preservan las libertades y derechos de los ciudadanos por encima de todo. Entre estos derechos, encontramos en el texto constitucional el derecho a la Protección de la Salud expresado en el artículo 43. Desde entonces comienza un arduo trabajo para configurar un Sistema Sanitario que cubra estas expectativas, dando lugar a un Sistema Nacional de Salud que da cobertura universal de atención a la población, amplitud de prestaciones y esta sustentado por el sistema de impuestos.

El año 1977 se constituye el primer Ministerio de Sanidad de la democracia y en el año 1978, año en el que se proclama nuestra Constitución, se crea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) como una entidad gestora de la Seguridad Social. Pero el proceso para dar una excelente atención a los ciudadanos no culmina aquí, sino que pronto se van a transferir las competencias en Sanidad a las Comunidades Autónomas (en adelante CCAA), comenzando Cataluña en 1981 siguiéndole Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y Canarias. Este proceso termina en el 2001 pasando las transferencias en bloque de las otras 10 CCAA restantes. Con este traspaso, realizado a la luz de un sistema legislativo que sufre modificaciones para regular estos procesos como, por ejemplo, *la Ley General de Sanidad en 1986, la LOFCA Ley de Financiación de las CCAA de 1980, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* etc. Los objetivos de derivar estas responsabilidades a las autonomías son: la autogestión, acercar las decisiones en materia de salud a los ciudadanos, optimizar los recursos económicos de cada territorio para cubrir las concretas necesidades sanitarias que se dan en cada comunidad.

Llegando a nuestros días, se esta atravesando un periodo de crisis económica, en el cual estamos sufriendo recortes tanto en retribuciones al personal sanitario, como en cuanto a las prestaciones a la población.

Además el marco sociodemográfico de nuestro país esta cambiando, pasando a una población envejecida, cuyos principales problemas son la cronicidad y dependencia. Nuestro Sistema Sanitario tiene la tarea pendiente de adaptarse a las nuevas demandas sanitarias poblacionales.

Palabras clave: Descentralización. Sistemas de Salud. Eficiencia. Administración & Organización.

ABSTRACT:

Spain is a country that after a convulsed period of political, social and cultural transition, nowadays lives in democracy and preserves freedom and fees of all of its citizens. Among these rights we find in our constitutional text, the right of Protection to the Health, it expressed in article 43. Since that time, begins an arduous work to configurate a Sanitary Sistem to cover these expectations, the result is a national System of Health, it gives universal cover attention to the population, extent of services and it is sustained with a system of taxes. In 1977 is constituted the first Ministry of Health in democracy and in 1978,

our Constitution is proclaimed, also is created the “Instituto Nacional de la Salud” (INSALUD) as a Social Security’s managing entity . But the process to give an excellent attention to the citizens does not culminate here, soon, sanitary competitions are going to be transferred to the Autonomous Communities (from now on CCAA), beginning Catalonia in 1981 following Andalusia, Basque Country, Valencian Community, Galicia, Navarre and Canaries. This process ends in 2001 spending the transfers in block to the other 10 remaining CCAA. With this transfer, realized in the light of a legislative system that suffers modifications to regulate these processes, as the General Law of Health 1986, the LOFCA Law to Financing CCAA in 1980, Law of Cohesion and Quality of National System of Health ... The aims to derive these responsibilities to the autonomies are: automanagement, bring decisions about health to the citizens, optimize economic resources of every territory to cover the concrete sanitary needs that are given in each community.

Coming to our days, we are living an economic crisis period , so we are suffering cuts so much in sanitary personnel fees as in population health services.

In addition our country’s social and demographic frame is changing, existing an aged population, whose main problems are chronic disease and dependence.

Key words: Decentralization. Systems of Health. Efficiency. Administration & Organization.

2. INTRODUCCIÓN:

1. Estado actual del tema a tratar.

El Sistema Sanitario español actual, es el resultado de una serie de acontecimientos históricos, legislativos y sociales que han tenido lugar en nuestra más reciente historia. Se ha ido adaptando y configurando dando lugar a un sistema sanitario el cual da cobertura universal a todos los ciudadanos españoles y extranjeros, que se encuentren residiendo en nuestro país lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial. Se pretende tratar en este trabajo la evolución de nuestro servicio nacional de salud, el cual se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral.

Un Sistema Sanitario como el español es un sistema muy complejo de organizar, mantener y financiar. Nuestro gobierno obtiene unos presupuestos tras aplicar las medidas tributarias correspondientes a los ciudadanos, sufragándose así el gasto sanitario. Las principales características de este modelo son:

- Sustentación en esquema de impuestos.
- Amplitud de prestaciones
- Accesibilidad y desconcentración.
- Descentralización.
- Solidaridad con los menos favorecidos.
- Universalización de la atención.
- Atención Primaria.

Además debe estar regido por unos principios éticos que establezcan una normativa moral entre los profesionales sanitarios y gestores de nuestro Sistema Sanitario, que garanticen el cuidado y protección de la salud de los ciudadanos como (1)

MISIÓN EXTERNA:

- Satisfacer las necesidades del usuario y de la sociedad.
- Garantizar la calidad asistencial.
- Ética, confianza, compromiso y respeto como base para el trato con los usuarios.
- Legitimar cooperación y servicio a la comunidad.
- Impulsar la cultura organizativa de servicio público.
- Facilitar la participación efectiva.
- Desarrollo de las capacidades y competencias profesionales.
- Prestar un servicio personalizado, humano, sensible, próximo y comprensible.
- Promover la condición de “ciudadano sanitario”.

MISIÓN INTERNA:

- Mejorar la eficiencia social.
- Perfeccionamiento y aprendizaje continuo.
- Fomentar la democracia y la calidad de las relaciones internas.
- Estimular la corresponsabilidad en la asignación y la gestión de recursos.
- Facilitar el contacto personal individualizado.
- Promover el trabajo en equipo y la cooperación.
- Tolerancia en el comportamiento.
- Formalizar el reconocimiento profesional.
- Aceptar en libertad la responsabilidad individual y colectiva.
- Apoyar la innovación y creatividad.
- Facilitar la comunicación horizontal, individual y colectiva.
- Relevancia sobre el sentido de fidelidad, lealtad y pertenencia al sistema sanitario.
- Motivar la honestidad intelectual.
- Fortalecer la coherencia interna.

No olvidemos que el fin de todo sistema sanitario es garantizar la salud de la población de un país, claramente recogido en el artículo 43 de nuestra Constitución de 1978, donde se establece el **derecho a la protección de la salud de todos los españoles**. La salud ha sido definida por numerosos teóricos, **La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “un estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad**. Así fue que en su XXX asamblea adoptó la estrategia de Salud para Todos, con el objetivo de reducir las enfermedades que impiden mantener una vida social y económicamente productiva. Se establecieron 38 objetivos que fueron perfilándose en las conferencias de Ottawa en el 86, Adelaida en el 88 y Sundswall en el 91. España se unió a la OMS en 1990 y el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó en diciembre de 1991 el documento “Plan de Salud: objetivos estratégicos de Salud Pública” y estableció 22 objetivos de salud pública sobre los que incidir como drogas, alcohol,

cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH etc. (2)

Tras definir el concepto de salud de la OMS, que es el objetivo que toda nación pretende cuidar y mantener, centremos nuestra atención en el período en el que comienzan a efectuarse las transferencias sanitarias en España a las CCAA o la “**Descentralización Sanitaria**”. En este periodo tienen lugar muchos cambios a nivel político y social. Vamos a hacer una descripción de la situación social y política en nuestro país desde el fin del gobierno franquista y el nacimiento de nuestra Constitución (1978) para comprender la evolución de nuestro Sistema Sanitario en poco más de tres décadas. Haremos especial hincapié en el traspaso de las transferencias sanitarias a las CCAA tras las cuales, tenemos un sólido Sistema Nacional de Salud que en estos momentos también se ve acuciado por la crisis económica mundial comenzando a ponerse en marcha las primeras medidas de ahorro.

2. Motivos de elección del tema a estudio.

El motivo de elección de este tema es el de sintetizar, de la forma más clara posible los últimos años de la Sanidad en nuestro país. Acercar al lector los principales hitos sociales, legislativos y reformistas que han tenido lugar: transición democrática, desarrollo del Sistema Nacional de Salud, transferencias a las autonomías etc. La intención es crear un marco y un contexto de la evolución de los últimos 30 años para llegar al presente y entender cómo se ha llegado al momento actual.

3. Objetivos del trabajo.

- Analizar cuáles fueron los orígenes de nuestro Sistema Sanitario.
- Distinguir temas de índole administrativo, social, legislativo y financiero en el marco sanitario.
- Describir a través de este texto, el escenario en el que se desarrollan los hechos más relevantes de nuestra más reciente historia sanitaria.
- Comprender el proceso de Descentralización de las Competencias Sanitarias.
- Situar el caso concreto de Transferencias sanitarias a Cantabria.
- Describir situación sanitaria actual y hacia donde debe apuntar nuestro sistema sanitario hoy en día.

4. Descripción de capítulos.

- En el **capítulo 3**, se resume la historia del país en el período de la transición y las leyes que se aprueban.
- En el **capítulo 4**, se describe el proceso de las transferencias, cómo se realiza, motivos, características de las prestaciones.
- En el **capítulo 5**, se analiza cuáles son las ventajas y desventajas de tener las transferencias autonómicas.
- En el **capítulo 6** se describen los diferentes organismos que se crean para la coordinación de la administración central con la autonómica.
- En los **capítulos 7 y 8** se describen las competencias de la administración central y local.
- En el **capítulo 9**, tenemos un extracto de las últimas leyes que se han aprobado en relación a la sanidad.

- En los **capítulos 10 y 11** se analiza el caso de Cantabria y resumen unas posibles vías de solución de la situación actual planteadas por diversos autores, respectivamente.

4. Estrategias de búsqueda.

Para llevar a cabo esta monografía se ha realizado una búsqueda bibliográfica en estas bases de datos: Google académico, dialnet, pubmed y además en el Boletín Oficial del Estado (en lo referente a Legislación). También se ha obtenido información de libros como *La década de la reforma sanitaria*, *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible* y *Manuales de dirección médica y gestión clínica*.

3 .MARCO HISTÓRICO Y LEGISLATIVO. PERÍODO DE TRANSICIÓN POLÍTICA EN ESPAÑA.

1) Transición política y Constitución de 1978.

En nuestra más reciente historia, España estaba gobernada bajo un régimen dictatorial militar con un Jefe de Estado, el general Francisco Franco que fallece el 20 de Noviembre de 1975. A su muerte toma el poder el presidente Carlos Arias Navarro, Ministro de Gobernación en el régimen de Franco y confirmado por el rey (Jefe de Estado) para dar estabilidad política en este período; gobernante de actitudes conservadoras y contrario a una transición hacia la democracia plena, fue cesado en Julio del 76 tras rechazar las Cortes su plan de reforma política y sustituido por Adolfo Suárez, funcionario anónimo del gobierno de Franco que ocupó numerosos cargos hasta que la Corona le ofrece la presidencia del gobierno. Crea la UCD Unión Centro Democrática y posteriormente el CDS ,Centro Democrático y Social, sabiendo aglutinar a falangistas conversos, socialdemócratas, liberales....dando fin a la estructura franquista gracias a la colaboración del PSOE y el Partido Comunista formándose un Estado de Derecho bajo la forma política de Monarquía Parlamentaria. (3)

La Constitución Española fue **ratificada** por referéndum del pueblo español el 6 de Diciembre de 1978, sancionada por el rey Don Juan Carlos el 27 de diciembre de 1978 y publicada en el Boletín Oficial del Estado de ese mismo año. Viene a ser la culminación del proceso de transición.

En este texto queda determinada nuestra constitución como estado democrático de derecho, se sientan las bases de nuestra sociedad y los derechos y deberes de todos los ciudadanos españoles. Principales características:

1. Proclama su voluntad de establecer una sociedad democrática.
2. Se determina la organización territorial, en la forma de municipios, provincias y Comunidades Autónomas formándose el Estado de las Autonomías.
3. Propugna valores como libertad, justicia e igualdad.
4. Propugna el pluralismo político.
5. Apuesta por el Estado de Bienestar.
6. Economía de mercado (propiedad y libertad de circulación de mercancías).

Nuestro texto constitucional, garantiza la asistencia sanitaria y protección de la salud a todos los ciudadanos reflejándolo en los siguientes artículos.

Artículo 39: los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.

Artículo 43: se reconoce el derecho a la protección de la salud.

Artículo 49: los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos, sensoriales y psíquicos. (4)

Tras un período de deterioro político que comienza en 1979 y que culminó con el golpe de Estado fracasado del 23 de Febrero de 1981 se atraviesa un período de crisis política y social, determinado por los siguientes factores: la brutal campaña de la banda terrorista ETA entre 1979 y 1980 que ocasionó 77 y 95 muertos respectivamente, el desasosiego de los grupos militares de la extrema derecha que acaban perpetrando el golpe de estado, la aprobación de los Estatutos de Autonomía de Cataluña y el País Vasco en 1979 y sus consiguientes elecciones que dieron mayoría a las fuerzas nacionalistas, crisis interna de la UCD.

El partido de Suárez vive una época de tensión y críticas internas que lo colocan en posiciones de enfrentamiento con sus propios miembros terminando con su dimisión de la presidencia el 29 de Enero de 1981, resultando Calvo Sotelo de UCD el siguiente electo para el nombramiento de la jefatura del gobierno. Precisamente durante la votación en el congreso para su investidura, el 23 de Febrero de 1981, tuvo lugar el golpe de Estado por la fuerza militar con el teniente coronel Tejero al mando, secuestrando a poder legislativo y judicial y resultando fracasado ya que no obtuvo el apoyo de todas las unidades del ejército, en especial el Rey Juan Carlos I Jefe de las Fuerzas Armadas que anuló la sublevación militar y apoyó nuestra democracia. (3)

En Cuanto al panorama sanitario encontramos los siguientes hechos reseñables, a principios del SXX se crea el INP el Instituto Nacional de Previsión con el objetivo de coordinar el diseño y la implantación de las primeras políticas de seguros sociales. Este organismo intentó llevar a cabo un seguro sanitario social para trabajadores con salarios bajos durante la Segunda República (1936-1941), tras la instauración del régimen franquista el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social gestionó a través del INP la asistencia Sanitaria de la Seguridad Social entre 1942 y 1977. En los 40 y 50 el sistema de asistencia sanitaria pública a personas en situación económica desfavorecida era bastante marginal en cuanto a cobertura de la población y extensión de las prestaciones. A modo de ejemplo:

- En 1942 el sistema público de seguro daba cobertura al 20 % de la población.
- En 1950 al 30%.
- En 1960 al 45%.(5)

Con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1967 se amplía la cobertura a los profesionales autónomos y a los funcionarios con titulación. La cobertura ascendió del 53,1% en 1966 al 81,7% en 1978. Hasta entonces se contaba con el SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad) desde 1942 y anterior a este el Seguro de Maternidad de 1929.

Es interesante que detalle brevemente en que consistía el SOE, siendo este un seguro que prestaba las siguientes coberturas:

- Farmacia gratuita dentro de un petitorio.
- Hospitalización quirúrgica y obstétrica sin asumir los ingresos médicos ni psiquiátricos
- Prestación económica sustitutiva de la pérdida de jornal por enfermedad.

La gestión del SOE la llevo a cabo la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, dependiente del INP y fue el INP quien asumió en 1957 la realización del Plan Nacional de Seguridad Social, y finalmente llevo a la citada la Ley de Bases de la Seguridad Social.

Esta ley concibe Salud Pública y asistencia sanitaria, y dentro de esta, beneficencia y seguridad social. Diferencia enfermedad profesional y accidente de trabajo y por otro lado enfermedad común y accidente no laboral. En el ámbito laboral avanza y se preocupa de la medicina preventiva y seguridad en el trabajo. Amplia ciertas prestaciones como la ortoprótesis y la hospitalización medica. (6)

En los años 60 tiene lugar el desarrollo por parte del sistema de seguridad social de una red de centros y servicios públicos dedicados a la medicina general, atención ambulatoria especializada y la asistencia hospitalaria. Culmina este proceso en los años 60-70 cuando tiene lugar la creación de una red de amplios y modernos hospitales, siendo propietario el Estado del 70% de las camas hospitalarias y dando empleo al 70-80 % de los médicos de hospitales. La gestión de la asistencia sanitaria en España fue controlada durante esos años (del 77 al 81) por el Nuevo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y por el INP, desapareciendo este último en 1978 y reorganizándose la Seguridad Social con el RD-Ley 36/1978 creándose los siguientes organismos: INSALUD, INSS e INSERSO, la asistencia sanitaria controlada por el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) hasta 2002. (5)

Retomando el momento histórico, Calvo Sotelo gobernó un año y medio, relevante fue la aprobación de la ley del Divorcio y la inclusión de España en la OTAN (Organización del Tratado del Atlántico Norte) durante su mandato.

En Octubre de 1982 Calvo Sotelo convoca elecciones resultando arrollador el triunfo del PSOE .Comienza así el gobierno de Felipe González que se hace cargo de una crisis económica, de un problema de terrorismo activo y una reforma del ejército para acabar con el problema del golpismo. España también logra entrar en la Comunidad Económica Europea el 1 de Enero de 1986. Este mismo año el gobierno socialista vuelve a ganar en las elecciones y comienza una etapa de desarrollo económico que continuará hasta el 92, inversiones públicas, infraestructuras de fondos procedentes de la Comunidad Económica Europea. Mejoran notablemente los servicios sanitarios, educativos de pensiones, favorecidos por un sistema fiscal realmente progresivo. Es la época en la que se puede hablar de **ESTADO DE BIENESTAR** al amparo de nuestra **Constitución**. (3)

En una época de cambios se suceden leyes necesarias para controlar los cambios, he aquí algunas de las más importantes:

2) LOFCA. Ley Orgánica 8/1980, de 22 de Setiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas. (7)

Esta ley regirá junto con el Estatuto de Autonomía la financiación de las CCAA. En ella se reúnen normas para la recaudación de tributos y principios fundamentales, como la solidaridad entre comunidades. Trata de preservar mediante sus 24 artículos, de una manera equitativa, la distribución del presupuesto para que todos los territorios del pueblo español alcancen un óptimo desarrollo.

3) LEY 14\1986, de 25 de Abril GENERAL DE SANIDAD. (8)

Es una norma de carácter básico, que constituye la bóveda del sistema sanitario español. Esta ley define el marco sanitario en que actualmente, se desarrolla la atención a la salud.

El **artículo 44** de esta ley establece que el Sistema Nacional de salud lo forman todas las comunidades de España. En su extensión se determinan los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la Administración sanitaria, la estructura del Sistema Sanitario Público y las competencias del Estado, de las CCAA y de las entidades locales. Se diseña un modelo de ordenación sanitaria cuyo objetivo es la creación paulatina y progresiva de un sistema nacional de salud, configurado por el conjunto de los Servicios de salud de las CCAA, debidamente coordinados e integrados, en cada caso, por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad Autónoma, municipios o cualquier otra Administración territorial intracomunitaria.

Aparece por dos razones, una de ellas es porque en el artículo 43 y en el 49 del texto normativo fundamental establece el *derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud*. La ley reconoce el derecho a obtener las prestaciones del Sistema Sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España.

La segunda de las razones es de origen organizativo ya que el título VIII de la Constitución confiere a las Comunidades Autónomas amplias competencias en Sanidad ambas razones constituyen uno de los ejes pilares básicos para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y va a condicionar a partir de entonces al conjunto de las denominadas políticas públicas. Este impulso promueve en un primer momento el traspaso de las competencias sanitarias a Cataluña (1981) y a Andalucía (1984), cuando aun no se encontraba aprobada la ley General de Sanidad (1986), estableciéndose una de las características que con el tiempo va a impregnar al conjunto del Sistema Nacional de Salud: su diversidad. (8) (9)

1. Así se concibe un **Sistema Nacional de Salud** "*el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados para conseguir la igualación de las condiciones de vida y mantener unos mínimos comunes para los todos ciudadanos del estado*". Estructuras y servicios públicos puestos al servicio de la salud de los ciudadanos.
2. El **artículo 45** establece que el SNS, integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.
3. El **artículo 46** determina las características fundamentales del SNS:

- Extensión de sus servicios a toda la población.
- La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprendiendo tanto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- La coordinación y la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- La financiación de las obligaciones derivadas de esta ley se realizara mediante recursos de las Administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- La prestación integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

4) ley 16\2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (10)

La Ley General de Sanidad fue completada tras la finalización de las transferencias por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Transcurridos varios años desde la entrada en vigor de la LGS han tenido lugar varios cambios sociales, económicos, culturales...y en la manera de vivir y de enfermar, esta ley pretende dar en un Estado descentralizado una atención al ciudadano que responda a unas garantías básicas y comunes. Los ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias son: farmacia, profesionales sanitarios, investigación, sistema de información sanitaria y la calidad del sistema sanitario. Así se crean los siguientes organismos responsables de asuntos concretos y son:

- La Agencia de Evaluación de Tecnologías.
- La Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- La Comisión de Recursos Humanos.
- La Comisión Asesora de Investigación en Salud.
- El Instituto de Salud CarlosIII
- El Instituto de Información Sanitaria.
- La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y
- El Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

Esta ley recoge tanto el objetivo de igualdad y calidad en la prestación de servicios en todo el territorio del Estado como resalta el principio de coordinación y cooperación de las administraciones publicas para la superación de las desigualdades en salud. Define seis ámbitos de colaboración entre el Estado y las Autonomías:

- Prestaciones del sistema
- Farmacia.
- Profesionales.
- Investigación.
- Sistema de información y calidad.

Gracias a esta ley se han realizado avances como la coordinación del sistema, como comienzo con la aprobación del primer Plan de Calidad del SNS 2006-2010, en el cual se plantean como objetivos la prevención y detección precoz de la enfermedad, mejora de la seguridad del paciente, para la mejora del tratamiento y practica clínica de determinadas enfermedades, acuerdos del Consejo Interterritorial del SNS etc. (11)

4 .TRANSFERENCIAS SANITARIAS A LAS CCAA. PROCESO.

- **¿Cuál es el motivo de la descentralización sanitaria?**

Volviendo al panorama sanitario de los años 60-70, habíamos explicado con anterioridad que nos encontramos con un país con una importante red de centros hospitalarios pero a su vez la estructura de la Atención Primaria está incompleta. Así pues los primeros gobiernos democráticos se tuvieron que hacer cargo de una serie de problemas sanitarios como la descoordinación de los servicios de salud, atención primaria y prevención que estaban un poco “olvidadas”, la distribución geográfica de los centros y los recursos era irregular siendo desfavorecidas las zonas rurales o alejadas de los núcleos urbanos.

La cobertura sanitaria no era universal existiendo estas prestaciones.

- cobertura a la Seguridad Social para los trabajadores asalariados.
- Las clases altas acudían a la medicina privada.
- Beneficencia.
- Y tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas como la tuberculosis, creándose en esta época centros monográficos.

Con la creación del INSALUD (1978), de carácter nacional y dependiente del Ministerio de Sanidad, comienza la financiación vía impuestos para la asistencia sanitaria, separándose así de las pensiones y desempleo financiada mediante cotizaciones laborales. Es uno de los momentos más importantes de aquellos años.

La asunción de las competencias sanitarias conlleva la responsabilidad de las comunidades en la planificación y organización de su propio sistema sanitario, debiendo repetir tan solo el marco nacional establecido mediante la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003.

Las CCAA pueden ampliar o complementar la cartera de servicios comunes en todo el territorio nacional, pero están obligadas a garantizar como mínimo estas prestaciones comunes, a fin de lograr la equidad en todo el SNS.

La estructura habitual de los sistemas de salud comprende la Consejería o Departamento de Salud, responsable de la regulación y la planificación política y atención sanitaria y un servicio regional de salud encargado de la provisión de servicios. A estas consejerías compete la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su jurisdicción: la designan áreas de salud y zonas básicas de salud y el establecen el grado de descentralización. El modelo más frecuente instaurado está formado por dos gerencias diferenciadas, una para la atención primaria y otra para la atención especializada, en cada área de salud.

Desde la creación del INSALUD, las transferencias de las competencias en salud a las comunidades se fueron realizando de forma gradual desde 1981 hasta 2002 momento en que finaliza el proceso.

El proceso tuvo lugar en 2 vías distintas que avanzaron a diferente velocidad.

1. La **vía rápida** fue adoptada por CCAA con antigüedad de autogobierno desde tiempos previos a la dictadura (el País Vasco, Navarra y Cataluña) o que se caracterizaban por una fuerte identidad regional (Galicia, Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias). Estas **siete comunidades autónomas** traspasaron sus competencias entre 8 y 20 años antes que las otras.
2. El segundo grupo de 10 CCAA permaneció dentro del INSALUD, bajo control directo y supervisión de la administración central hasta 2002.
3. Desde entonces sólo queda por transferir el sistema sanitario correspondiente a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, donde su sistema sanitario continúa bajo la gestión de un organismo, el INGESA, dependiente del Ministerio de Sanidad. (5)

Tabla 1

Comunidad autónoma	Real Decreto Constitutivo del Servicio de Salud Autonómico. ¹¹	Identificación del Servicio de Salud Autónomo	Población atendida. ¹²
 Cataluña	1517/1981 de 8 de julio	Instituto Catalán de la Salud (ICS)	7.467.423 hab
 Andalucía	400/1984, de 22 de febrero	Servicio Andaluz de Salud (SAS)	8.285.692 hab
 País Vasco	1536/1987, de 6 de noviembre	Osakidetza - Servicio Vasco de Salud	2.155.546 hab.
 Comunidad Valenciana	1612/1987, de 27 de noviembre	Agencia Valenciana de Salud	5.094.675 hab
 Galicia	1679/1990, de 28 de diciembre	Servicio Gallego de Salud (SERGAS)	2.794.796 hab
 Navarra	1680/1990, de 28 de diciembre	Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	629.569 hab
 Canarias	446/1994, de 11 de marzo	Servicio Canario de la Salud (SCS)	2.075.968 hab
 Asturias	1471/2001, de 27 de diciembre	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	1.085.289 hab
 Cantabria	1471/2001, de 27 de diciembre	Servicio Cántabro de Salud (SCS)	582.138 hab
 La Rioja	1473/2001, de 27 de diciembre	Servicio Riojano de Salud	321.702 hab
 Región de Murcia	1474/2001, de 27 de diciembre	Servicio Murciano de Salud (SMS)	1.436.870 hab
 Aragón	1475/2001, de 27 de diciembre	Servicio Aragonés de Salud (Salud)	1.326.918 hab
 Castilla-La Mancha	1476/2001, de 27 de diciembre	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)	2.081.313 hab
 Extremadura	1477/2001, de 27 de diciembre	Servicio Extremeño de Salud (SES)	1.102.410 hab
 Islas Baleares	1478/2001, de 27 de diciembre	Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUD)	1.071.221 hab
 Comunidad de Madrid	1479/2001, de 27 de diciembre	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)	6.271.638 hab.
 Castilla y León	1480/2001, de 27 de diciembre	Sanidad Castilla y León (SACYL)	2.553.301 hab

(11) http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_Nacional_de_Salud_%28Espa%C3%B1a%29

Para establecer los presupuestos en materia de sanidad hubo una reunión del Consejo de Política Fiscal y Financiera en 2001, que aprobó un sistema de financiación el cual fue aprobado a su vez por el Parlamento Nacional por la Ley 21\2001 estableciéndose dos principios básicos para la correcta financiación autonómica: (5)

1. **La suficiencia:** todas las comunidades debían tener ingresos suficientes para financiar los servicios transferidos desde la administración central, y la solidaridad entre territorios.
2. **La financiación sanitaria ya no es finalista,** ahora esta integrada en el importe total de fondos asignados a cada comunidad autónoma, cuya gobierno regional deberá distribuir por decisión propia. Es decir, el presupuesto sanitario ya no viene determinado por el gobierno central.

Los gobiernos regionales establecen el presupuesto de sanidad tras analizar los gastos de todos sus sectores.

3. La fórmula de asignación se basaba en criterio per cápita ponderado por la dispersión de la población, la extensión y la insularidad del territorio.
4. El reconocimiento de cierto grado de autonomía de los gobiernos regionales que les permitía regular determinados componentes del sistema tributario nacional.
5. El grueso de la financiación se obtenía en cada comunidad por cesión directa del gobierno central a las regiones de parte de los ingresos generados vía impuestos en el territorio de cada comunidad autónoma:
 - a. El 40 % del IRPF.
 - b. El 35% del IVA.
 - c. El 40% de los impuestos indirectos como alcohol, tabaco, hidrocarburos...
 - d. El 100% del impuesto sobre la electricidad, el impuesto de sociedades, sobre sucesiones y donaciones y el impuesto sobre el patrimonio.

Las CCAA cuentan con una ayuda estatal, en el caso de tener dificultades económicas existe el **Fondo de Suficiencia** (el cual trataremos también más adelante):

Es el mecanismo que cubre la diferencia entre las necesidades de financiación de cada comunidad autónoma y su capacidad fiscal (derivada de la recaudación de sus propios impuestos). Es positivo en el caso de defecto de capacidad fiscal y es negativo en caso de exceso de capacidad. Esta cuantía que representa el Fondo de Suficiencia, se revisa en el caso de asunción de nuevas competencias o nuevos tributos autonómicos. (12)

Los fondos asignados con cargo al fondo se calculan en función de la diferencia entre los ingresos generados en una comunidad autónoma y la necesidad real de gasto determinada por la población ajustada.

De esta manera, las CCAA se autogestionarán teniendo en cuenta los siguientes preceptos al establecer prestaciones complementarias en sus carteras de servicios:

1. Tendrán una cartera de servicios común al Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica, suplementaria y de servicios accesorios.
2. Cada comunidad puede incluir en su cartera de servicios una técnica, tecnología o procedimiento que no existe en la cartera común. Tendrá que aportar los recursos adicionales necesarios.
3. La comunidad autónoma debe asegurar la cartera común de servicios y para la cartera complementaria tiene que cumplir el criterio de “suficiencia financiera” y de estabilidad presupuestaria.
4. Los servicios complementarios no estarán incluidos en la financiación general de presupuestos del Sistema Nacional de Salud.
5. Cada vez que se incorpore una prestación complementaria, cada comunidad debe ponerlo en conocimiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y este puede emitir recomendaciones a las comunidades acerca de las nuevas prestaciones.

6. Cada comunidad autónoma deberá informar al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de los servicios complementarios, que se incluirán en el servicio de información correspondiente. (13)

Otro organismo relevante que vela por el buen hacer de las comunidades autónomas es el **Fondo de Cohesión**, cuya finalidad es compensar a las CCAA por la atención a los pacientes desplazados siguiendo la línea del principio de solidaridad interterritorial entre CCAA, así las comunidades mejor dotadas en recursos comparten parte de los costes. Este fondo se regulo por Real Decreto 1247/2002. Es decir, reduce las desigualdades en la distribución de recursos. (14)

5 .LUCES Y SOMBRAS DE LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS. IGUALDADES Y DESIGUALDADES.

La descentralización de las competencias sanitarias aproxima la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantiza:

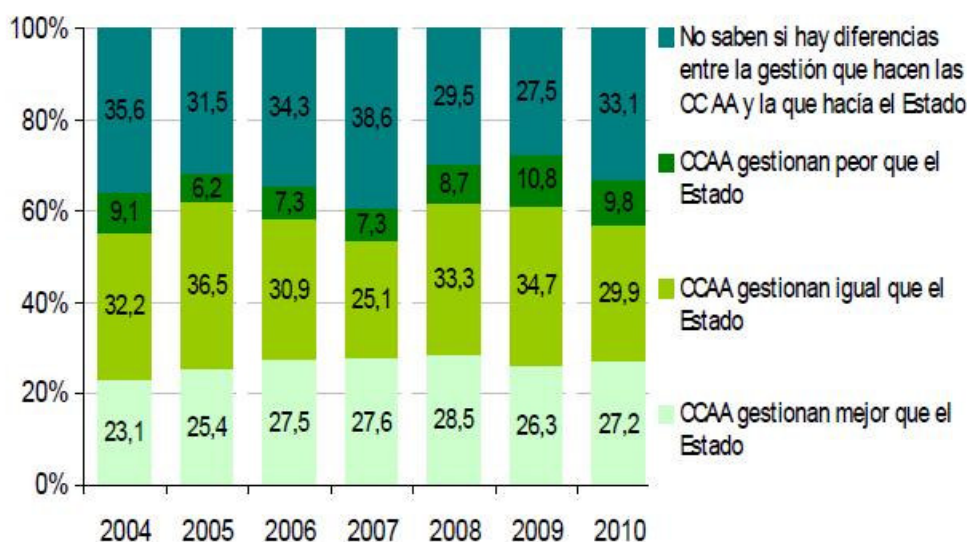
1. **Equidad:** acceso a las prestaciones y el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y libre circulación de todos los ciudadanos.
2. **Calidad:** de evaluación del beneficio de las actuaciones clínicas, incorporando aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud implicando al sistema sanitario.
3. **Participación:** de los ciudadanos y respeto a sus decisiones individuales y consideración de sus expectativas en cuanto a usuarios del Sistema Nacional de Salud. (15)

Al llevarse a cabo la descentralización en dos bloques, la consecuencia fue la existencia de diferentes niveles de experiencia y gestión. Las primeras comunidades experimentaron en un primer momento estos cambios, sirviendo de referencia a las otras 10 comunidades cuyas administraciones pudieron ser conscientes de la enorme carga que supone asumir todo el control del sistema sanitario en su territorio.

Otro de los principales problemas fue la organización del presupuesto que en el periodo anterior al 2001, el Ministerio de Economía y Hacienda establecía sus medidas presupuestarias, en virtud de lo previsto en la Ley Orgánica 8/1980 del 22 de Septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA). El Ministerio de Sanidad administraba la partida de gasto sanitario con el INSALUD y negociaba bilateralmente con cada una de las consejerías autonómicas de salud. Las comunidades que ya habían integrado todas las redes asistenciales se encuentran entonces su presupuesto pero sin planificación central... Además las comunidades estaban autorizadas a generar un déficit y trasladarlo al siguiente periodo presupuestario, la administración asume ese déficit para el cálculo del próximo incremento con el presupuesto asignado para el próximo año.

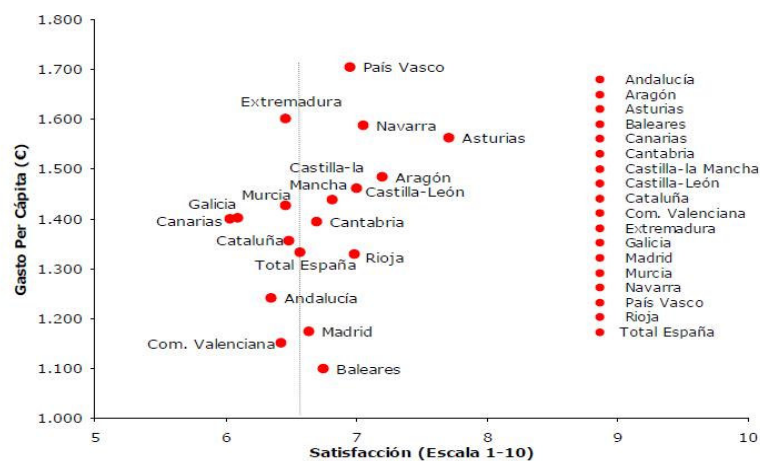
En el siguiente gráfico, podemos observar la valoración de los ciudadanos de la gestión sanitaria realizada por las CCAA, siendo bastante positivo, excepto en el 2010 que disminuye ligeramente el porcentaje de satisfacción.

Tabla 2
Evolución de la opinión sobre la gestión de las transferencias sanitarias⁴.



Una vez transcurridos unos años tras las transferencias tenemos datos como los del siguiente gráfico, en el cual nos detenemos para comparar el gasto per cápita en cada comunidad y el nivel de satisfacción de cada una de ellas, se puede advertir que Cantabria, tiene un 6,6 de puntuación en satisfacción ciudadana (siendo un 6,7 el conjunto) y un gasto per capita de 1.394 euros respecto a los 1.331 euros del conjunto nacional. (16)

Tabla 3
Nivel de satisfacción con el sistema sanitario según gasto sanitario per cápita por persona protegida. Total España y CCAA (2010).



Fuente: Barómetro sanitario 2010 y Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud 2007-2010. Elaboración: OSPC.

La descentralización y asunción por parte de las CCAA de las competencias en salud supone evidentes beneficios, tanto en lo referente a la gestión y planificación, como a la capacidad de los ciudadanos de controlar más de cerca las decisiones. Pero esta forma de gestión presenta inconvenientes que se resumen en tres grupos: (17)

- Incoordinación de las políticas sanitarias:** como cada comunidad tiene competencias legislativas distintas, puede desarrollarse una coordinación sanitaria diferente, por lo que hay diferencias entre comunidades como por ejemplo el calendario vacunal obligatorio, multiplicación de algunos organismos...
- Disparidad en el funcionamiento de los Servicios Regionales en Salud,** ya que al desarrollarse una propia política de organización y gestión, hay que contar con el partido político gobernante y las peculiaridades de cada una de las provincias.
- Dificultades en la equidad de la distribución económica:** En un primer momento se partía de situaciones muy distintas, provincias con una gran red de Centros de Salud, otras no tanto, provincias con grandes hospitales y otras con unos más modestos...así que se comenzó a distribuir el presupuesto teniendo en cuenta estas situaciones, dando lugar a grandes dotaciones económicas en provincias pequeñas que contaban con un gran hospital cuando la población es pequeña y al contrario.
- Otro criterio de **dotación económica por número de habitantes**, complicado porque no se tienen en cuenta factores como edad de la población, dispersión de ésta, accesibilidad (islas), con lo cual se favorecería a las comunidades con mucha población. También se deberían tener en cuenta los movimientos interterritoriales como pueden suceder en comunidades que incrementen su población en verano.

Tras una experiencia de mas de 20 años realizadas las transferencias, se pueden hacer observaciones positivas. Las comunidades han adaptado el antiguo Servicio Nacional de Salud a su Servicio de Salud autonómico, interviniendo de manera que obtuviesen un beneficio ajustado a sus necesidades, como ejemplos: en comunidades con una población envejecida sus consejerías de sanidad han optado por la ampliación del numero de camas hospitalarias (caso de Cataluña), otras han acercado los servicios de salud aumentando sus centros a poblaciones dispersas (caso de Andalucía) y otras han invertido en programas de prevención. Se manifiesta una mayor capacidad de respuesta de los Gobiernos regionales a las necesidades de la población.

6. ORGANISMOS COORDINADORES DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL - COMUNIDADES

1. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (11)(18)

El órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud CISNS, cuya función es la coordinación directa entre el estado y las Comunidades Autónomas. Esta constituido por un presidente, el Ministro de Sanidad y Consumo y por los consejeros competentes en materia de sanidad de las CCAA. Coordina la gestión sanitaria del gobierno central y de las comunidades autónomas.

Los puntos clave de actuación del CSINS son:

- Funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud.
- Asesoramiento, planificación y evaluación del Sistema Nacional de Salud.
- Cooperación entre el Estado y las Comunidades autónomas.

Este consejo debatirá y emitirá recomendaciones sobre las siguientes materias:

1. Desarrollo de la Cartera de Servicios correspondiente al Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, así como su actualización.
2. El establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias a las básicas del Sistema Nacional de Salud por parte de las CCAA.
3. Las garantías mínimas de seguridad y calidad para la autorización de la apertura de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.
4. Los criterios generales y comunes para el desarrollo de la colaboración de las oficinas de farmacia.
5. Los criterios básicos y condiciones de las convocatorias de profesionales que aseguren su movilidad en todo el territorio del Estado.
6. La declaración de la necesidad de realizar las actuaciones coordinadas en materia de salud pública a las que se refiere esta ley.
7. Los criterios generales sobre financiación pública de medicamentos y productos sanitarios y sus variables.
8. El establecimiento de criterios y mecanismos en orden a garantizar en todo momento la suficiencia financiera del sistema.

El CISNS funciona en Pleno, en Comisión Delegada, comisiones técnicas y grupos de trabajo.

- El **pleno** es el organismo de más alto nivel y sus miembros son los máximos responsables en materia de salud. Se reúne al menos cuatro veces al año y sus recomendaciones son aprobadas por consenso.
- La **comisión delegada**, presidida por la Secretaria General de Sanidad y Consumo y un consejero con rango de viceconsejero, de cada comunidad autónoma, prepara las sesiones del Consejo Interterritorial y ejerce las funciones que este le delega.

2. Comité Consultivo.

Es un órgano dependiente del CSINS, mediante el cual se ejerce la participación social en el Sistema Nacional de Salud. Están representados los ciudadanos en el SNS mediante organizaciones sindicales y empresariales. Su función es informar, asesorar y formular preguntas acerca de materias de interés tales como:

- Proyectos normativos que afecten a prestaciones sanitarias.
- Planes integrales de salud.
- Disposiciones o acuerdos del CISNS que afecten a materias y derechos de los pacientes.
- Cualquier proyecto que afecte al personal del Sistema Nacional de Salud.

7. ADMINISTRACIÓN CENTRAL. COMPETENCIAS. (11)(8)

- **La Administración del Estado en materia de sanidad abarca los siguientes puntos:**
 - Bases, coordinación y legislación sanitaria.
 - Sanidad exterior.
 - Política del medicamento.
 - Gestión del INGESA.
 - Control sanitario del medio ambiente y de alimentos, servicios y productos relacionados directa e indirectamente con el uso o consumo humano.
 - Control de medicamentos de consumo humano y veterinario.
 - Valoración y control de los requisitos mínimos de instalaciones y equipos de los centros y servicios.
 - Fomento de calidad del SNS.
 - Formación sanitaria especializada en centros y unidades docentes acreditados al efecto.
 - Investigación e innovación.
 - Establecimiento del Sistema de Información del SNS.

La máxima autoridad encargada de la coordinación del SNS es el Ministerio de Sanidad y Política social, en asuntos políticos, de coordinación y de consumo. También es la máxima responsabilidad en cuanto a los servicios sociales y atención a la dependencia este ultimo problema representado por el SAAD Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

8. AMINISTRACIÓN REGIONAL. COMPETENCIAS.

- **La Administración por parte de las CCCAA abarca:**

- Planificación Sanitaria.
- Salud Pública.
- Gestión de servicios de Salud

a) Corporaciones locales:

- a. Control del medio ambiente.
- b. Control sanitario de actividades en industrias, servicios, ruidos...
- c. Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles, escuelas, campamentos turísticos...
- d. Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos perecederos, bebidas y demás productos, directa e indirectamente relacionados con el consumo humano y su transporte.
- e. Control sanitario de cementerios y policía mortuoria. (11)(8)

En la legislatura 2004-2008 que se caracterizó por un clima político y de confrontación, dividiéndose las comunidades autónomas grosso modo en 2 bloques políticos, el PSOE y el PP, impidió el correcto funcionamiento de los mecanismos básicos de consenso previstos por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y se dio al paso al Pacto por la Sanidad de 2008. Apoyado por todos los consejeros autonómicos el objetivo explicito fue dejar fuera de la confrontación

partidaria al SNS y la política sanitaria básica. Las materias que se aprobaron: (19)

- Los recursos humanos; incluida la planificación en relación con la escasez relativa de determinados perfiles.
- La cartera de servicios sanitarios comunes.
- La acreditación de servicios y centros de referencia nacionales.
- Las necesidades refinanciación.
- La salud pública incluido el calendario de vacunaciones.
- Los tiempos máximos de espera.
- La política sobre drogadicción.
- La calidad.
- La innovación.

Haciendo referencia histórica nuevamente, en los últimos 10 años, nuestra sociedad ha ido evolucionando, adaptándose a nuevas situaciones y circunstancias de diversa índole. Ha habido un cambio de moneda en 2002 (euro) y nuestro gobierno apoyó la guerra de Irak en 2003 ocasionando protestas sociales, se produce un cambio de gobierno tras las elecciones en el 2004 triunfando el PSOE etc.

Son momentos de esplendor económico. Destacan como fenómenos socioeconómicos: el sector de la construcción (burbuja inmobiliaria) y la inmigración. Esta última llega a nuestro país, de América del Sur, países del Este, Asia, África...Pero en pocos años, comienza un declive económico. Una crisis financiera asola a nuestros vecinos europeos, Grecia sufre radicalmente recortes y un gran desempleo siendo rescatada económicamente por la Unión Europea y el Fondo Monetario Internacional. Nuestro país se tambalea también. Los sectores antes prósperos: comercios, construcción...descienden rápidamente y el sector público comienza a hacer recortes, salariales y de prestaciones sociales, sanitarias...Actualmente tenemos una elevada tasa de desempleo, aproximadamente un 26%. Entre las medidas sociales que entraron en vigencia el 1 de Enero de 2013 está el retraso de la jubilación obligatoria, que tendrá lugar con 65 años y 1 mes.

Han sido varias las reformas legislativas en estos años, en este trabajo voy a explicar las referentes al Sistema Sanitario.

9. MARCO LEGISLATIVO ACTUAL. NUEVAS LEYES Y DECRETOS.

1. Ley 29/2006 de 26 de julio, de Garantías y Uso racional de medicamentos y productos sanitarios. (20)

Esta ley asegura, en un marco descentralizado, el objetivo central, que todos los ciudadanos puedan tener en su mano el medicamento prescrito por su médico cuando lo necesitan siempre en condiciones de efectividad y seguridad. Controla todo el "circuito" de un medicamento: fabricación, investigación, almacenamiento, trazabilidad, fórmula, excipientes, almacenamiento, distribución, exportación e importación, prescripción y dispensación, uso racional, financiación con fondos públicos si es el caso etc.

También controla los medicamentos de uso veterinario.

2. Los derechos y libertades de los extranjeros residentes en España. Ley Orgánica 4\2000 (21)

El incremento de la inmigración en España produce cambio en nuestra sociedad, efectuándose cambios legislativos para abordar la cobertura sanitaria a este sector de la población. Los siguientes artículos de la ley Orgánica 4\2000 abordan esta situación:

Artículo 3. “Los extranjeros gozarán en España, en igualdad de condiciones que los españoles, de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución y en sus leyes de desarrollo, en los términos establecidos en esta Ley orgánica”.

Artículo 10. “Los extranjeros tendrán derecho a ejercer una actividad remunerada por cuenta propia o ajena, así como al acceso al Sistema de la Seguridad Social, en los términos previstos en esta ley Orgánica y en las disposiciones que la desarrollen”.

Artículo 12. “Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto”.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

3. Ley General de Salud Pública (2011). (22)

España se presenta como un país que ha prestado una excelente atención a sus ciudadanos, gracias a sus profesionales sanitarios, a la investigación, a las estructuras de nuestro Sistema Sanitario...ahora tenemos una herramienta más con la que hacer cumplir nuestro artículo 43 (derecho a la protección de la salud) : la Salud Pública. En el que se considera la salud como uno más de los resultados de las diversas políticas e intervenciones en otros ámbitos desde los cuales se puede maximizar el nivel de salud de la población como la educación, con especial relevancia la actividad preventiva y la Salud Comunitaria.

Es necesaria la influencia de la política internacional para preservar la salud de un país en lo referente al tráfico de bienes, servicios y personas que conciernen a España. Cualquier intervención, de la índole que sea debe tener en cuenta las repercusiones en el entorno. El desarrollo científico mundial sobre acciones y políticas de salud pública debe potenciarse a fin de que sea capaz de emitir recomendaciones fundamentadas científicamente, tal como ocurre en los ámbitos sanitarios asistenciales. Se requiere una organización que efectivamente consiga la cohesión humana en conocimientos, experiencia y excelencia en salud pública, de manera que los mejores recursos en salud pública de España estén siempre

a disposición de cualquier comunidad y cualquier persona y para influir y aportar nuestro buen hacer a la salud internacional. Esta Ley General de Salud Pública da respuesta a las necesidades y retos.

4. Real decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para la sostenibilidad del sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012). (13)

La pérdida de eficacia en la gestión de los recursos disponibles, la ausencia de normas comunes en el aseguramiento en todo el territorio nacional, la falta de rigor y énfasis en la eficiencia, la falta de adecuación de las prestaciones a la realidad socioeconómica... han puesto a nuestro sistema sanitario en una situación de alta morosidad haciéndose muy necesarias medidas urgentes para garantizar el futuro sanitario.

Para comenzar el saneamiento económico, en este real decreto se redefine la condición de asegurado, se limita la atención a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en nuestro, a la de atención en enfermedad grave y de urgencia, además de parto y post-parto, se reevalúan las carteras de servicios comunes, las profesiones sanitarias y sus condiciones, nuevo control de las prestaciones farmacéuticas... Todo ello con el único fin de salvar nuestro sistema sanitario una de las piedras angulares de nuestro estado de bienestar.

¿CUAL ES EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA ACTUAL?

Para la correcta coordinación en los distintos niveles, entre el estado y las CCAA, en el año 2004 se creó la *Conferencia de Presidentes*, "que es el órgano de máximo nivel político y ocupa la cúspide del conjunto de órganos de cooperación multilateral. Está formada por el presidente del gobierno, que la preside y por los presidentes de las 17 CCAA y las ciudades de Ceuta y Melilla." Este órgano político existe en todos los estados descentralizados europeos y se institucionalizó en el debate de investidura del 2004 por el presidente. Se han reunido en 4 ocasiones y en la última se incluyó como invitados a representantes sindicales.

A pesar de que el sistema de financiación autonómico del 2001 se aprobó por unanimidad y que tenía vocación de continuidad limitada, desde el año 2004 se planteó, por prácticamente todas las CCAA, en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera (formado por el ministro de Hacienda y Administraciones públicas y el consejero de hacienda de cada comunidad), la necesidad de modificarlo. La 2ª Conferencia de Presidentes, celebrada el 10 de Septiembre de 2005, oficializó la necesidad de este cambio, proponiendo la creación de un grupo de trabajo en el Seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera sobre la problemática del Sistema de Financiación, apoyado de forma unánime por todas las CCAA. El grupo de trabajo se constituyó por acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera el 7 de Febrero de 2006. Finalmente en Julio de 2009, el Consejo aprobó, esta vez por mayoría el nuevo Sistema de Financiación autonómica, con vigencia desde Enero de 2009.

Las líneas de actuación serán las siguientes.

- Aumento de la autonomía y la corresponsabilidad. Se amplía la participación de las CCAA en los recursos tributarios.
- Se crea el Fondo de Garantía de Igual Financiación de los Servicios Públicos Fundamentales:

proporciona mayor seguridad e igualdad territorial en el acceso de los ciudadanos a las prestaciones.

-El Fondo de Suficiencia Global.

-Se crean dos Fondos de Convergencia autonómica que aporta el Estado para evitar diferencias entre las CCAA.

-

- **El Fondo de competitividad** que favorece la equidad y eficiencia en la financiación de las necesidades de los ciudadanos, reduciendo las diferencias per cápita.
- **El Fondo de Cooperación:** complementa económicamente para mantener el Estado de Bienestar al mismo nivel entre comunidades y aporta más a las menos favorecidas para que no tengan problemas de desarrollo futuros. (23)

10. EL CASO DE CANTABRIA

1. Marco legislativo.

1. LEY DE CANTABRIA 7\2002, DE 10 DE DICIEMBRE, DE ORDENACION SANITARIA DE CANTABRIA (24)

PREÁMBULO:

“En los apartados 4 y 5 del artículo 25 del Estatuto de Autonomía para Cantabria establecen que corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria, dentro del marco de la legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social, así como la ordenación farmacéutica. Mas adelante, al apartado 1 del artículo 26 expresa que corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria, en los términos que establezcan las Leyes y las normas reglamentarias que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.”

“El primer gran traspaso de competencias desde la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Cantabria se materializa a través del Real Decreto 2030\1982, de 24 de julio, de traspaso de competencias, funciones y servicios del Estado en materia de sanidad a Cantabria. Posteriormente se aprobara el Real Decreto 2760\1986, de 24 de diciembre, que supuso a la Comunidad Autónoma de Cantabria de las funciones que venia realizando la administración del Estado a través del organismo autónomo “Administración Institucional de la Sanidad Nacional” (AINSA).

El proceso de traspaso de competencias comenzó en Cantabria el año 1981 transfiriéndose las competencias en materia de sanidad (Salud Pública, planificación sanitaria, autorizaciones de centros inspecciones, etc.), en el año 1986 se transfiere a nuestra comunidad lo que es el AISNA, organismo autónomo, gestiona (Hospital de Liencres, Hospital de Pedrosa) y a finales del año 2001 se culmina el proceso, transfiriéndose, las funciones y servicios del INSALUD, atribuyéndose estas mismas al Servicio Cántabro de Salud (año 2002).

2. La ley de Cantabria 10\2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud (25),” instituye un organismo publico que representa un elemento básico en la ordenación sanitaria de Cantabria, articulándose como un organismo autónomo, adscrito a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. El Servicio Cántabro de Salud se constituye, pues, como un organismo dotado de personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, con patrimonio propio y gestión autónoma de sus medios materiales y personales, aunque sometido en sus directrices al impulso político emanado del Gobierno de Cantabria, a través de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales y, en ultima instancia, de los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma”.

La Comunidad Autónoma de Cantabria votó afirmativamente en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, consejo cuya función es coordinar gestión económica de las CCAA con la Hacienda del Estado, en Julio de 2009 sobre el nuevo Sistema de Financiación Autonómico porque, en esta reunión se cumplían los requerimientos exigidos por el Parlamento de Cantabria. Estos eran los siguientes: (12)

- Obtener recursos adicionales .Que el reparto de los recursos se base en la población ajustada teniendo en cuenta las variables dispersión, envejecimiento y territorio, siendo necesario destacar su importancia y tratar de mejorar.
- Garantizar una financiación por habitante ajustado igual en todo el territorio para los servicios públicos básicos (sanidad, educación y servicios sociales).
- Flexibilidad, mejora el funcionamiento y estabilidad del sistema y su capacidad de adaptación, revisando anualmente las variables que definen la población en concreto a prestar asistencias.
- Aumento de la autonomía financiera y corresponsabilidad fiscal mediante mayor cesión de impuestos (50 % IRPF, 50 % de IVA, 58 % de II EE).
- Que el fondo de Suficiencia Global asegure que cada comunidad autónoma mantenga su statu quo (nadie pierda).
- Como consecuencia de la aplicación del nuevo modelo, Cantabria debe alcanzar la mayor financiación per cápita.

En este último aspecto, el sistema coloca a Cantabria en el primer puesto en financiación per cápita desde el comienzo y seguirá manteniendo esa posición en el futuro.

Podemos cuestionarnos como es esto posible siendo Cantabria una de las CCAA mas pequeñas. Pues bien, la primera posición en este ranking la tenemos bien merecida y no se debe a otra causa más que la del coste efectivo de la prestación de los servicios.

Si atendemos a las principales áreas de gasto de nuestro presupuesto, Sanidad y Educación que supone mas del 50 % del presupuesto, vemos que ese elevado coste efectivo se debe a dos razones fundamentales, la configuración geográfica y demográfica de la comunidad autónoma.

En el caso de sanidad, el traspaso de competencias conllevó la asunción de una estructura de medios humanos y materiales con unos elevados gastos de gestión fijos, que son muy superiores a la media de las comunidades integradas en el Sistema de Financiación

Autonómica, comparándonos con otras de mayor tamaño y población.

La prestación de un servicio de atención sanitaria primaria a toda la población, se ve que tiene como principal complicación la dispersión residencial en la comunidad autónoma, la cual encarece, considerablemente, la atención ambulatoria. Otra dificultad en la gestión de la Comunidad es la existencia, en Santander, del hospital “Marqués de Valdecilla” (fundado en el año 1929 gracias a la financiación del marqués Don Ramón Pelayo de la Torre), centro sanitario de referencia nacional, con un altísimo nivel de especialización pero que, en consecuencia es muy caro gestionar.

Ya en el momento de transferir la competencia, en el año 2001, se constata que gestionar los servicios sanitarios suponía un coste un 20 % superior a la media. (12)

Asimismo Cantabria, obtuvo en el momento de la transferencia, el compromiso del Gobierno Central de aportar los mas de 205,8 millones de euros que suponía el Desarrollo del Plan Director de Obras del Hospital Universitario de Marques de Valdecilla (2003\2007) justificado por el punto 4 de la Disposición adicional segunda de su estatuto de autonomía.

Volviendo al marco legislativo en Cantabria, vamos a extraer lo referente al la Carrera Profesional y la financiación autonómica.

Ley de Cantabria 7\2002, de 10 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria

CARRERA PROFESIONAL EN CANTABRIA

1. “El personal del Sistema Sanitario Publico de Cantabria y de manera preferente el personal facultativo y de enfermería, tendrá derecho a un sistema de carrera profesional que tendrá en cuenta, entre otros aspectos, la experiencia y capacitación profesional, así como la actividad docente, investigadora y de gestión sanitaria”.
2. “Reglamentariamente se desarrollara la articulación de la carrera profesional, basada en el principio de uniformidad, introduciendo formulas que propicien la competencia entre los profesionales y la mejora de la calidad asistencial, así como mecanismos de evaluación de los profesionales y formulas de incentivación”. (24)

3. FINANCIACION DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA

La financiación del sistema Sanitario Publico de Cantabria se regirá por lo dispuesto en las Leyes de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en la 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, en la Ley 14\1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la restante normativa estatal o autonómica que resulte de aplicación. (26)

Las actuales exigencias de los mercados financieros de una política de consolidación fiscal, como condición para seguir financiando la deuda publica y privada española a tipos de interés sostenibles, no solo ha acabado con las alegrías retributivas de los últimos años, sino que

dibuja un horizonte de pérdida de rentas de los profesionales del sector sanitario público, unido a una previsible destrucción de puestos de trabajo. Durante el ejercicio 2010, se aplicó una reducción salarial del 5 % de media, al igual que al resto de trabajadores de las Administraciones Públicas. En el año 2011 se han congelado las retribuciones al conjunto de trabajadores públicos.” Otro rasgo característico del SNS es la fuerte innovación organizativa acaecida en las últimas décadas que se ha definido en cuatro estrategias:

1. El desarrollo de estrategias gerencialistas mediante la introducción de contratos programa y contratos de gestión, en los servicios regionales de salud, unido al desarrollo de la gestión clínica y de la gestión de procesos.
2. La transformación en empresas públicas de los Servicios de Salud de las CCAA frente a su caracterización habitual de organizaciones sujetas a derecho público, aunque con personalidad jurídica propia.
3. La dotación de personalidad jurídica individual a hospitales y centros sanitarios nuevos mediante distintas fórmulas, fundamentalmente empresas públicas, fundaciones públicas y consorcios.
4. El desarrollo de formas de contratación externa o gestión indirecta de la atención sanitaria pública con proveedores privados comerciales, mediante fórmulas de “concesión administrativa” de atención a toda la población de un Área de Salud. Estas fórmulas concesionales se están desarrollando únicamente en 2 CCAA, Valencia y Madrid. Estas concesiones administrativas, conocidas en España como “modelo Alcira”, por la localidad valenciana donde se inició este sistema, es una fórmula de gestión indirecta por la que la empresa concesionaria recibe de la Comunidad Autónoma un pago (canon) durante el periodo de vigencia de la concesión, generalmente 30 años. Este canon está formalizado como un pago caritativo por cada habitante del ámbito territorial cubierto por los servicios de salud concesionados. Su opacidad y falta de transparencia respecto a la cuantía y a su desglose han sido objeto de duras críticas, reforzadas por el hecho de que estos modelos nunca hayan sido evaluados y de disponer de información muy escasa e incompleta sobre los mismos.”(27)

11. HACIA DONDE DEBE IR EL SNS

Actualmente estamos viviendo en un escenario de una crisis de muchísima repercusión social en todos los niveles. En el sector sanitario se están produciendo recortes de forma indiscriminada, en la retribución a los trabajadores, recortes en la plantilla, recortes en la actividad asistencial...Es una etapa complicada en la que es muy importante determinar una línea que ayude a realizar una gestión en la que se aplique la efectividad clínica además de un alto rendimiento coste-efectividad, esto es valorar lo que cuantía económica puede ser razonable pagar por un año de vida ajustado por calidad y por persona.

Una de las propuestas de autores especialistas en la materia sería **desinvertir**, es decir, desinvertir el capital en actividades, intervenciones, aparatos, protocolos y prácticas de escaso valor clínico. Eliminar intervenciones inefectivas como la receta de estatinas en prevención primaria del IAM, valorar en función de las características del paciente el beneficio/riesgo al elegir cirugías; otras como la prescripción de determinados medicamentos en primaria que no son necesarios, potencialmente cosméticas como la IQ estética de varices etc. (28)

Se necesita una Agencia evaluadora de ámbito estatal, ajena de los gobiernos central y autonómico, que controle las inversiones, desinversiones y gestiones siempre bajo el criterio de relación coste-eficacia y evidencias clínicas al desarrollar determinadas actividades.

El problema de las listas de espera, se precisa una información constante y clara de su estado, de los criterios de inclusión y una evaluación y control constante de éstas. Se deben establecer prioridades en función de los pacientes, de su gravedad y de los beneficios que se esperan obtener en su calidad de vida tras la intervención quirúrgica.

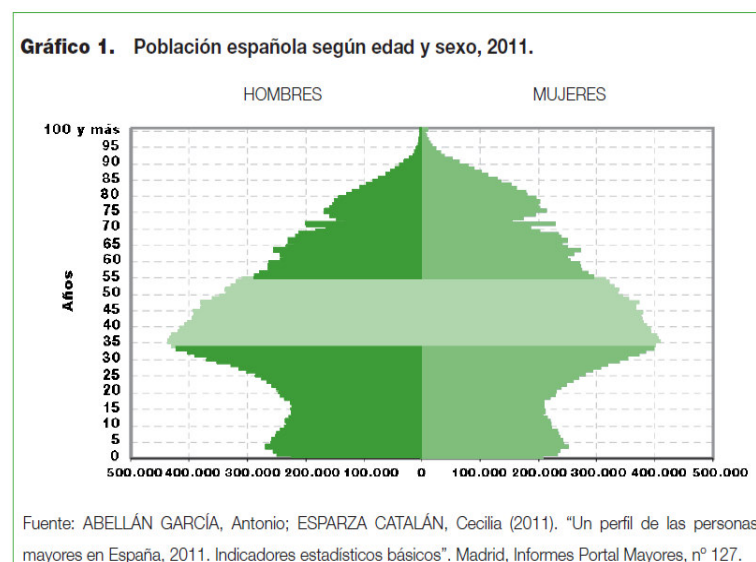
Reevaluar el sistema de copago, sobre todo establecer unos máximos a pagar en base a la renta familiar o a la gravedad del paciente.

Establecer una forma de retribución al profesional sanitario por objetivos de salud, y estimular el mayor rendimiento y productividad en horario regular.

Actualmente en España tenemos una población envejecida y un elevado porcentaje de cronicidad. Los datos reflejan que en nuestro país a finales del 2012 hay 20.000.000 de enfermos crónicos.

Esto se refleja en nuestro Sistema Sanitario de manera que un 70% de la patología atendida es crónica, en un sistema orientado a tratar al paciente agudo. Según la OMS, en nuestro país se prevé que un 78% de la población tendrá una enfermedad crónica siendo estas las siguientes:

- enfermedades cardiovasculares, cánceres, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos neuropsiquiátricos y de los órganos sensoriales, enfermedades osteomusculares y afecciones bucodentales, enfermedades digestivas, trastornos genitourinarios, malformaciones congénitas y enfermedades cutáneas. **Tabla 4**



La preparación de nuestro SNS es escasa, hay que atender diversos factores. El

envejecimiento nos lleva al aumento de patologías, a la vulnerabilidad del paciente, al aumento del gasto sanitario, a la necesidad de personal especializado. La figura del cuidador principal cobra especial relevancia, tienen poca formación y muchas responsabilidades. Pasamos de una atención centrada en la enfermedad a una **atención centrada en el cuidado de las personas**, las consecuencias económicas son importantes en las familias, en las comunidades y en la sociedad.

Nuestro Sistema Nacional de Salud se ha puesto en marcha para dar soluciones a esta problemática que cobra tanta importancia en estos momentos. Estrategia para el abordaje en el Sistema Nacional de Salud año 2012, coordinada por un equipo de enfermería y médico cuyos componentes trabajan en diversos puntos de España además de representantes de los niveles de gestión gubernamental. (29)

Entre los objetivos de esta estrategia están:

- Facilitar al paciente crónico el acceso a los servicios de salud.
- Coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria.
- Fomentar la colaboración de los equipos multidisciplinares para mejorar el cuidado de las personas.
- Adaptación y optimización de medios y recursos.
- Concienciar a la población del buen uso de los servicios sanitarios.
- Importancia de la Atención primaria en los procesos crónicos, cuidados de enfermería en domicilio.
- Mejorar la comunicación con los pacientes.

Establece unos ejes básicos sobre los que incidir para tratar el problema de la cronicidad y dependencia:

- Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- La Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Continuidad asistencial.
- Los profesionales del Sistema Nacional de Salud han de compartir con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales.

Con documentos y estrategias como la anterior, cada vez somos más conscientes, gobernantes y ciudadanos españoles de los cambios producidos en nuestra sociedad nos enfrentamos a un cambio demográfico de envejecimiento poblacional, con el consiguiente aumento de la cronicidad, cambios tecnológicos en el diagnóstico, cada vez los procedimientos diagnósticos son menos invasivos y la atención se dirige más al tratamiento y al cuidado de la persona.

Los ciudadanos cada vez están mejor formados en materia de salud, se cuidan mas y se preocupan por tener una buena calidad de vida, acceden universalmente a la sanidad y

aumenta el gasto sanitario por consecuentemente. Últimos estudios señalan la necesidad de un cambio en la atención sanitaria, orientándose tanto tratamientos médicos como cuidados de enfermería a la epidemiología, gestión y ética todo ello para favorecer mejores tratamientos y cuidados a personas con pluripatologías y un alto nivel de cronicidad, terminales y cada vez en más casos de dependencia. Medicina y enfermería basada en la evidencia.

Tabla 5

POBLACIÓN EN 2011

CUADRO 1

	Censo 2011	Censo 2001	Diferencia respecto al Censo 2011	Estimaciones de Población Actual (a)	Diferencia respecto al Censo 2011	Datos Padrón 2012 (a)	Diferencia respecto al Censo 2011
Población total	46.815.916	40.847.371	5.968.545	46.194.918	620.998	47.212.990	-397.074
De 0 a 15 años (%)	16,0	15,6	0,4	16,1	-0,1	15,8	0,2
De 16 a 64 años (%)	66,7	67,3	-0,7	66,6	0,1	66,8	-0,1
De 65 años y más (%)	17,3	17,0	0,3	17,3	0,0	17,4	-0,1
Tasa de dependencia	26,0	25,3	0,7	26,0	0,0	26,1	-0,1
Población extranjera	5.252.473	1.572.013	3.680.460			5.711.040	-458.567
Porcentaje del total	11,2	3,8	7,4			12,1	-0,9
De 0 a 15 años (%)	15,0	14,7	0,3			15,4	-0,4
De 16 a 64 años (%)	79,6	79,5	0,1			78,4	1,3
De 65 años y más (%)	5,3	5,7	-0,4			6,2	-0,9
Tasa de dependencia	6,7	7,2	-0,5			7,9	-1,2

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (Censos 2011 y 2001, Estimaciones de Población Actual y datos provisionales del Padrón).

a. Datos a 1 de enero de 2012.

Uno de los fallos que presenta en la atención ahora mismo y desde hace unos años nuestro Sistema Sanitario es el tratamiento de los pacientes anteriormente citados (crónicos, dependientes y terminales) como si estuviesen atravesando un proceso agudo, es decir ingresan en hospitales de agudos y se les trata como tales, esto pone de relieve, que dadas las circunstancias actuales del aumento de pluripatología crónica y dependencia, hay que replantear y dirigir la intervención sanitaria a la creación de Hospitales de crónicos, invertir en centros rehabilitadores, en la formación de cuidadores (figura cada vez más destacada en cuidado a crónicos y dependientes), impulsar la hospitalización domiciliaria, de corta estancia, unidades de paliativos. Para que estos pacientes resulten lo mejor atendidos y en casos como los terminales, no se les pauten un tratamiento y cuidados que “medicalice su muerte”... sino que palie el dolor.

Tengamos en cuenta que en el 2050 un 30% de la población en los países occidentales tendrá más de 65 años. Nos encontramos que en un breve espacio de tiempo la población ha pasado de una ancianidad a los 65 años a una ancianidad de 85-100 años, con relativa salud, multitud de afecciones pero con un cuerpo preparado para vivir cerca de 100 años de manera que se producen nuevos cambios en nuestra sociedad, para fomentar un envejecimiento activo saludable, el cuidado en el hogar, controlando su sintomatología con el cuidador

principal, hasta buscar unidades asistenciales o de ingreso para pacientes crónicos y dependientes. (30)

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Oteo Ochoa LA., Repullo Labrador JR. Institucionalización y gobierno en el Sistema Nacional de Salud. En: Oteo Ochoa LA., Repullo Labrador JR. editores. Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005. p. 101-21.
- (2) Organización Mundial de la Salud (sitio en Internet). Disponible en: <http://www.who.int/es/> . Acceso 15 de Abril de 2013.
- (3) Historia SigloXX.org. La transición política. La Constitución de 1978 y el Estado de las Autonomías (sitio en Internet). Disponible en: <http://www.historiasiglo20.org/HE/16b.htm>. Acceso 2 de Marzo 2013.
- (4) Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (sitio en Internet). Disponible en: <http://www.boe.es/legislacion/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>. Acceso 2 de Marzo de 2013.
- (5) Abadía Taira B., Bernal Delgado E., Duran Quintana A., García Armesto S. Documento SESPAS. HIT España, Análisis del Sistema Sanitario 2010 (sitio en internet). Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHIT_SP.pdf. Acceso 18 de Marzo de 2013.
- (6) Sevilla Pérez F. La Universalización de la Atención Sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social (sitio en internet). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. Documento de trabajo 86/2006. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf> . Acceso 10 de Mayo 2013.
- (7) Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA).Boletín Oficial del Estado nº236, (01-10-1980).
- (8) Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. nº102, de (29-04-1986).
- (9) Lamata Cotanda F., Ortega Suárez F. La Territorialización. Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. En La Década de la Reforma Sanitaria. Madrid: Exilibris; 1998. p.107-113
- (10) Ley Orgánica 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº128, (28-05-2003).
- (11) Wikipedia. La enciclopedia libre. Sistema Nacional de Salud (España). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_Nacional_de_Salud_%28Espana%29. Acceso 10 de Marzo 2013.
- (12) Agudo San Emeterio, A. Una visión desde Cantabria del nuevo modelo del Sistema de Financiación Autonómico. Secretaria General de Presupuestos y Gastos 2011.Instituto de estudios fiscales. Presupuesto y Gasto Publico 2011;62:21-32.
- (13) 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. Boletín Oficial del Estado, nº98, (24-04-2012).
- (14) Real Decreto-ley 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria. BOE, nº290, (4-12-2002).
- (15) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud 2012 (sitio en internet).Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>

Acceso 26 de Marzo 2013.

- (16) Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Barómetro Sanitario 2010 (sitio en internet). Grupo de trabajo Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/...BS_2010_Informe_Resultados.pdf Acceso 12 de Abril 2013.
- (17) Fernández Ruiz ML., Hernández de las Heras T., Salcedo Mata, JA. y Sánchez Bayle M. Situación actual. Las transferencias sanitarias. La sanidad en las autonomías. En: el Sistema Sanitario en España. Evolución, situación actual, problemas y perspectivas. Madrid: Los libros de la catarata ediciones, 1996; p.55-57.
- (18) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Interterritorial y Comité Consultivo (sitio en internet). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/> Acceso 15 de Abril 2013.
- (19) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Pacto por la Sanidad 2008 (sitio en internet) Disponible en: <http://www.msps.es/novedades/evento/pactoSNS.htm#estrategicas>. Acceso 24 de Abril 2013.
- (20) Ley 29/2006, de 26 de Julio, de Garantías y Uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado nº 178, (27-07-2006).
- (21) Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado nº10, de (12-01-200).
- (22) Ley 33/2011, de 4 de octubre, de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado nº 240, (5-10-2011).
- (23) Ministerio de Economía y Hacienda. Consejo de política fiscal y financiera. Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía. Disponible en: http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/AcuerdosConsejo/Acuerdo%206_2009%20Reforma%20Sistema%20Financiación.pdf Acceso 1 de Mayo 2013.
- (24) Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. Boletín Oficial de Cantabria nº 242, (18-12-2002).
- (25) La ley de Cantabria 10\2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 21, de (24-01-2002).
- (26) 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. Boletín Oficial del Estado nº 13, (31-12.2001).
- (27) López del Amo González MP., Martín Martín JJ. La sostenibilidad del sistema nacional de salud en España (sitio en Internet). Ciência & Saúde Coletiva. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600016&script=sci_arttext Acceso 5 de Mayo 2013.
- (28) Asociación de Economía de la Salud.. La Sanidad Pública ante la Crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable 2012 (sitio en Internet). Documento de debate. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES . Acceso 7 de Mayo 2013.

- (29)Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2011. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (sitio en internet). Grupo técnico de trabajo. Disponible en:
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf. Acceso 5 de Mayo 2013.
- (30)Celorrio Jimenez N., Díez-Cascón Menéndez E., Martinez Montauti J., Puig Rosell C., Sanz Salvador X. y Vilà Santasusana A. Hospital de Barcelona. Última semana de vida en un hospital de agudos: revisión de 401 pacientes consecutivos. Rev Esp Geriatr Geronol 2008;43(5):284-90.