



Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España

Javier Rey del Castillo
Coordinador


Documento de trabajo 190/2015



Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas
© Javier Rey del Castillo

ISBN: 978-84-15860-44-0
Depósito Legal: M-13550-2015
Edición: Julio Embid
Maquetación: Estrella Torrico

Impreso en papel ecológico 

Javier Rey del Castillo.

Coordinador del grupo de trabajo y redactor del Informe.

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Cardiología, ha ejercido como tal en los Hospitales Clínico de Madrid y La Paz entre 1973 y 1983. Como médico inspector de la Seguridad Social desde 1983, ha desempeñado diversos cargos en la Administración Central, entre ellos el de secretario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) entre 1991 y 1996. Ha sido secretario de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida. Encargado de temas sanitarios del Laboratorio de la Fundación Alternativas.

PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE TRABAJO

Carlos Barra Galán. Médico Especialista en ORL. Experto en gestión sanitaria. Madrid.

Enrique Costas Lombardía. Economista. Experto en gestión sanitaria. Madrid.

Jesús Frías Iniesta. Catedrático de Farmacología Clínica. Universidad Autónoma de Madrid.

Ramón Gálvez Zaloña. Médico Especialista en Neurología. Experto en gestión sanitaria. Madrid.

Juan Hernández Yáñez. Sociólogo. Experto en profesionalismo sanitario. Gran Canaria.

José Jesús Martín Martín. Profesor Titular de Economía Aplicada y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Ángel Menéndez Rexach. Catedrático de Derecho Administrativo. Universidad Autónoma de Madrid.

Luis Ángel Oteo Ochoa. Médico Especialista en Neumología. Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.

Luis Palomo Cobos. Médico de Atención Primaria. Editor de la revista Salud 2000.

Cayetano Rodríguez Escudero. Médico de Atención Primaria. Experto en gestión sanitaria. Vigo.

Juan José Solozábal Echavarría. Catedrático de Derecho Constitucional. Universidad Autónoma de Madrid.

Eduardo Spagnolo de la Torre. Médico Epidemiólogo. Experto en gestión sanitaria. Barcelona.

Acrónimos

ACA	<i>Affordable Care Act.</i> Ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible de Estados Unidos
AGE	Administración General del Estado
AP	Atención Primaria
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CCAA	Comunidades Autónomas
CE	Constitución Española
EBA	Entidades de Base Asociativa
GP	<i>General Practitioner.</i> Médico de Atención Primaria británico.
ICO	Instituto de Crédito Oficial
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
LGS	Ley General de Sanidad
LOSC	<i>Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya</i>
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
NEJM	<i>New England Journal of Medicine.</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence.</i>
NHS	<i>National Health Service.</i> Servicio Nacional de Salud del Reino Unido.
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo
SCS	<i>Servei català de salut</i>
SNS	Sistema Nacional de Salud
PFI	<i>Private finance initiative.</i> Iniciativa de Financiación Privada.
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
PP	Partido Popular
PPP	<i>Public-private partnership.</i> Colaboración público-privada
VHA	<i>Veterans Health Administration.</i> Administración de salud para veteranos de guerra estadounidenses 4

Índice

INTRODUCCIÓN	7
RESÚMEN EJECUTIVO	15
Capítulo I. El derecho a la protección sanitaria en España	15
Capítulo II. Descentralización y coordinación del Sistema Sanitario español	18
Capítulo III. Financiación y sostenibilidad económica del Sistema Sanitario español.	22
Capítulo IV. La gestión de los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud	25
Capítulo V. La situación y la gestión del personal en el Sistema Sanitario español..	29
Capítulo VI. Las relaciones con los proveedores, en especial la industria farmacéutica, en el SNS	34
PROPUESTAS	41
Capítulo I. Sobre el derecho a la protección sanitaria en España	41
Capítulo II. Sobre la descentralización y la coordinación del sistema sanitario en España	42
Capítulo III. Sobre la financiación de la Sanidad en España	44
Capítulo IV. Sobre la gestión de los centros y servicios del SNS	45
Capítulo V. Sobre la gestión del personal sanitario y sus organizaciones en el sistema sanitario español	48
Capítulo VI. Sobre las relaciones del SNS con sus proveedores, en especial la industria farmacéutica	50

CAPÍTULO I. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA	55
CAPÍTULO II. DESCENTRALIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	91
CAPÍTULO III. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	115
CAPÍTULO IV. LA GESTIÓN DE LOS CENTROS Y SERVICIOS DEL SNS	187
CAPÍTULO V. LA SITUACIÓN Y LA GESTIÓN DEL PERSONAL EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	245
CAPÍTULO VI. LAS RELACIONES CON LOS PROVEEDORES, EN ESPECIAL LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, EN EL SNS	315
ANEXO. LA ORGANIZACIÓN Y LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN CANADÁ	443
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS	455

Introducción

La actual crisis económica y su singular impacto en los países del sur de Europa, y particularmente en España, ha sido el marco en el que se ha producido el deterioro más importante del Sistema Nacional de Salud (SNS) desde su creación.

Ese deterioro se ha centrado en la reducción de la cobertura sanitaria para grupos significativos de población, no sólo inmigrante, al que se han sumado la reducción de las prestaciones sanitarias y la desigualdad creciente en el acceso a las mismas entre distintos grupos de ciudadanos españoles, como consecuencia de recortes directos o mediante la elevación de los copagos establecidos para acceder a las prestaciones farmacéuticas y otras del SNS.

Como consecuencia de todo ello, el sistema sanitario, que cumplía en España un papel destacado como reductor de las desigualdades sociales y económicas, ha pasado a representar un papel de contribuyente neto al aumento de unas y otras. Ese cambio no es tanto consecuencia del aumento de las diferencias en términos de resultados en salud, cuya observación requiere plazos más amplios, como, sobre todo, de las que se pueden observar en el acceso a los servicios y las prestaciones sanitarias. Esas diferencias derivan en unos casos directamente de las medidas adoptadas, principalmente las iniciadas con la publicación del Real Decreto-Ley 16/2012, promulgado por el Partido Popular en julio de ese año, desarrolladas luego por otras normas posteriores, y en otros, de los patrones de consumo sanitario que resultan de unas y otras normas, que, por otra parte, han tenido también un desarrollo muy irregular y desigual en su ejecución.

En esa situación, podría parecer que bastaría con impedir o revertir esas medidas para que el problema sanitario y de deterioro y desigualdad en el acceso a estos servicios pudiera darse por resuelto, lo que dista de ajustarse a la realidad. Tales medidas se han dado en el contexto de un sistema sanitario cuyas líneas de referencia y control han dejado hace mucho de ser efectivas para evitar una deriva así del sistema sanitario creado en la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986.

Éste, por su parte, ha sido objeto del proceso de descentralización más amplio y profundo llevado a cabo en el sistema de salud de cualquier país desde que se crearon los servicios públicos sanitarios hace alrededor de 60 años, sin que a lo largo del proceso se hayan establecido mecanismos efectivos de coordinación que permitan mantener las condiciones universales e igualitarias que se establecieron como básicas cuando se creó el SNS. Unos y otros procesos se han sumado a su vez para poner en cuestión la eficiencia del sistema, lo que constituye un problema esencial en el contexto de la crisis económica y los recortes al gasto público que se están produciendo, del que los déficits generados en y por la gestión sanitaria de determinadas Comunidades Autónomas (CCAA) son una forma de expresión destacada.

Una característica añadida de la situación es que desde hace años, en concreto desde 1997, con la aprobación con los votos de los dos partidos de la Ley 15/1997 promulgada en aquel año sobre nuevas formas de gestión en el SNS, las posiciones sanitarias de los dos partidos mayoritarios han ido confluyendo en los temas constitutivos esenciales del sistema. Entre ellos la cobertura sanitaria, con el mantenimiento y ratificación de grupos de población cubiertos de manera distinta a las del resto de la población; los mecanismos de coordinación; el sistema de financiación; las formas de gestión de las instituciones sanitarias y las de relación con los proveedores; o el régimen del personal sanitario.

Esa coincidencia en la orientación y, en muchos casos, la literalidad de las medidas adoptadas en esos aspectos fundamentales del sistema, se ha prolongado hasta la adopción de las medidas más recientes, a partir de 2012, por el PP. Esta afirmación está avalada por la coincidencia entre los dos partidos en el apoyo parlamentario general a las leyes sanitarias sobre esos aspectos esenciales promulgadas entre 1997 y 2012, entre ellas la Ley de cohesión, de 2003; parte del Estatuto Marco del personal del SNS y la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias, promulgadas el mismo año; o las leyes financieras de 2001 y 2009, cuyo efecto principal ha sido eliminar la naturaleza finalista y diferenciada de la financiación sanitaria, e incluir ésta en el sistema autonómico de financiación. Puede señalarse incluso la coincidencia que existe en la orientación de algunas medidas adoptadas en 2011 por el último gobierno del Partido Socialista para, supuestamente, avanzar en la universalización de la cobertura sanitaria en España, cuya contrapartida fue consolidar sistemas de protección sanitaria diferenciada para determinados grupos de población, con las medidas restrictivas de la propia cobertura sanitaria puestas poco después en marcha por el PP, que han vuelto a consolidar el mantenimiento de formas diferenciadas de protección sanitaria.

Esa coincidencia dificulta el reconocimiento de la necesidad de modificar de manera coherente el conjunto de elementos constitutivos esenciales del sistema sanitario citados antes, de manera que se puedan recuperar y mantener con nuevas formas las condiciones universales e igualitarias esenciales de la protección sanitaria en España. Por otra parte, esa coincidencia sustancial en los planteamientos de desarrollo del sistema sanitario por parte de las dos fuerzas hasta ahora dominantes y con posibilidades de gobierno en nuestro país, es semejante a la coincidencia que se da hasta ahora entre las mismas fuerzas políticas a nivel europeo respecto a las propuestas para dar una vía de salida a la crisis económica, que afecta principalmente a los países del sur de Europa.

Entre esas propuestas ocupa un lugar destacado la reducción de los estados de bienestar de los países más afectados por la crisis, lo que afecta, incluso de manera preferente, a la sanidad de los países respectivos, que forma parte importante de aquéllos. Aunque a estas alturas de la crisis ya nadie discute su origen financiero, y la ausencia de responsabilidad alguna en su generación de

parte de los servicios que componen el Estado de Bienestar de cada país, eso no ha impedido que una parte sustancial de las medidas impuestas desde los organismos europeos a todos los países con dificultades económicas haya consistido en la reducción de esos servicios, entre ellas, de manera destacada, las que afectan a los sanitarios. Reducción a la que se ha obligado a los distintos países, la mayoría de los más afectados dotados de servicios nacionales de salud con las características propias de éstos, sin duda por los resultados inmediatos en términos de reducción del gasto público que se derivan de reducir la protección en términos poblacionales y materiales, y de aumentar el gasto privado en esos servicios mediante los copagos y tasas diferentes, que, en España como en otros países afectados, han centrado los ajustes. Ese enfoque ha cambiado por completo la propia concepción de la Unión Europea (UE). La idea de Europa ha estado siempre asociada a un modelo social común de contrapesos entre los intereses de los distintos grupos y clases sociales, que se sostenía en buena parte, pese a no estar expresamente mencionado así en los sucesivos textos constitucionales europeos, en el desarrollo de Estado de Bienestar, aunque éste se llevase a cabo, sin ninguna coordinación a nivel europeo, de manera específica por cada país.

Pasar de esa situación a otra en la que desde los organismos europeos se obliga a los países a tomar medidas para reducir sus estados de bienestar respectivos, y en concreto la protección sanitaria en cada uno, sin que exista una norma común que obligue a mantener ciertos niveles de protección, supone un cambio drástico de orientación del funcionamiento y la concepción del sentido del proceso de integración europea. Que en la orientación de ese cambio no se hayan diferenciado sustancialmente las posiciones de los partidos mayoritarios de la derecha y la izquierda supone por sí mismo, a su vez, la expresión de la ausencia de modelos alternativos por parte de unos y otros. Significa, sin embargo, a la vez, que en este terreno existe la necesidad manifiesta de promover políticas públicas que, sin descuidar el cumplimiento de los objetivos económicos globales, por mucho que éstos deban ponerse en cuestión en su definición actual para adaptarse a la realidad global de la Unión Europea, garanticen niveles de protección sanitaria pública adecuada en todos ellos. Se trata de una tarea que debe ocupar un espacio propio en el futuro en la definición de las políticas

europas, pero que, sin embargo, en tanto se alcanzan éstas, corresponde desarrollar a cada país. Una tarea en la que, por otra parte, no se deberían aceptar de nuevo por ninguna intromisión por parte de organismos externos para, una vez definidos los objetivos económicos globales, definir las políticas de gasto concretas en el terreno sanitario.

Por su parte, esa situación exige que cada país, y el nuestro en concreto, asuma la tarea de revisar y reformar el funcionamiento de sus servicios sanitarios de manera que se garantice su eficiencia, por mucho que la mejora de ésta no sea suficiente por sí sola para garantizar la sostenibilidad económica de los mismos, y para que, a la vez, se definan de manera propia los ingresos que pudieran ser necesarios para garantizar un nivel de protección sanitaria igualitaria adecuada.

Quienes suscribimos este informe, con experiencias y situaciones profesionales diversas, coincidimos sólo en considerar que el mantenimiento de niveles de protección sanitaria igualitaria para todos que sean suficientes (término con el que pretendemos excluir la condición de “mínimos” que se pretende aplicar a su extensión cuando se utilizan otras expresiones, como la disponibilidad de niveles “básicos” de protección) en las condiciones citadas constituye un instrumento básico de cohesión de nuestra sociedad, que en todo caso no excluye, sino que complementa la existencia de otros. Y que su importancia, y la que tiene para la vida de todos los ciudadanos, requiere garantizar un nivel de atención preferente del que ha carecido durante el período que abarca desde la constitución de nuestro sistema democrático, hace ya casi cuarenta años.

Creemos también que la dinámica política habitual, que condiciona la renovación del gobierno cada cuatro años como máximo, no favorece, sino al contrario, el análisis adecuado de la situación y los problemas que afectan a nuestro sistema sanitario para alcanzar los objetivos citados. Y que, en ausencia de ese debate, la mayoría de las propuestas que se formulan para la reforma de nuestro sistema sanitario responden de una u otra manera a intereses de parte que, por legítimos que sean, no contemplan la realidad del conjunto de nuestro sistema sanitario, ni el objetivo global de lograr dar protección sanitaria igualitaria a todos los ciudadanos.

Este informe supone el intento de sacar a la luz los problemas principales que afectan a nuestro sistema sanitario en sus aspectos esenciales ya mencionados, y de incluir cuantas propuestas complementarias se orientan a la mejora o solución de los mismos. Por esa razón, lejos de excluir aquellas propuestas que no reúnen el consenso de todos los que lo suscribimos, que no es unánime en muchos casos, hemos tratado de mantener en el informe todas aquéllas que recogen un número suficiente de apoyos entre nosotros como para ser expresadas y no excluirlas del debate público que pretendemos generar con este informe.

El método de análisis adoptado en el informe supone examinar por separado cada uno de los elementos constitutivos que consideramos principales del SNS, en concreto: 1) las condiciones de regulación y ejercicio del derecho a la protección sanitaria que realiza el SNS; 2) el ejercicio descentralizado de las distintas facetas de la protección sanitaria por las CCAA, así como los mecanismos de coordinación de que dispone el SNS; 3) los mecanismos de financiación del Sistema y sus distribución a las CCAA; 4) los mecanismos de gestión de los servicios y centros sanitarios; 5) las políticas de personal en el SNS; y, por último, 6) los mecanismos de relación con los proveedores sanitarios, en especial la industria farmacéutica, que, además de proporcionar al Sistema instrumentos esenciales para el desarrollo de su actividad, constituye a la vez el inductor del crecimiento incontrolable del gasto sanitario, hasta el punto de ser el factor externo principal de la puesta en cuestión de la sostenibilidad económica del SNS. A cada una de esas cuestiones se le dedica un capítulo del informe, que están ordenados siguiendo el orden de la relación de cuestiones efectuado aquí.

Por su parte, en cada uno de los capítulos se sigue un orden de exposición semejante. Cada uno comienza por hacer una referencia de suficiente amplitud a la situación de la cuestión respectiva en países que resultan comparables al nuestro en esa materia por una u otra razón. A esa exposición le sigue una descripción del origen y la evolución histórica de esa cuestión en España, incluyendo, además de los factores principales que han podido influir en esa

evolución, una referencia a las distintas regulaciones de cada una que se hayan podido llevar a cabo desde la creación del SNS, descripción que finaliza con la de la situación actual de la misma en el propio Sistema. Un tercer apartado de cada capítulo reúne las reflexiones sobre los distintos mecanismos de solución que se pueden poner en marcha en cada caso para resolver los problemas detectados. Por último, en cada capítulo se formulan propuestas con el mayor grado de concreción posible para resolver esos problemas.

Con la publicación de este informe, que consideramos como instrumento de debate, y no de definición de posiciones cerradas, que no son siquiera unánimes entre nosotros, a las que, sin embargo, hemos pretendido dar un grado de coherencia entre ellas, pretendemos ante todo evitar que el abordaje de los problemas que afectan a nuestro sistema sanitario, en crisis manifiesta por las razones que ya hemos expresado, quede una vez más postergado en los períodos electorales que se avecinan a lo largo de este año y que, por el contrario, esos problemas tengan un lugar principal en el debate general, por la repercusión que la protección sanitaria y el funcionamiento del sistema sanitario, al igual que en otros países, tiene en nuestra definición como Estado de derecho, federal, social y democrático.

Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España

Javier Rey del Castillo

CAPÍTULO I.

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

1.- Disponer de protección sanitaria por cualquier persona que la precise es una aspiración común que acompaña al desarrollo de todos los países. Sin embargo, el grado y la forma que alcanza la protección ofrecida en cada país presenta niveles muy distintos. Existen también diferencias entre distintos tratados y declaraciones internacionales, entre ellos la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Carta Social Europea y la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea cuando se refieren a la extensión, los contenidos y las formas de la protección sanitaria a adoptar. La OIT acaba de insistir en un informe reciente en el objetivo de alcanzar la protección sanitaria universal como “derecho humano”.

En ese contexto, sólo una parte de los países desarrollados han incluido disposiciones al efecto en sus textos constitucionales. Cuando se hace así, lo habitual es hacerlo estableciendo en el texto un “derecho” genérico a obtener la protección de la salud, y remitirse a textos legales de desarrollo específico que concretan en cada caso las diferentes opciones constitucionales posibles.

2.- La Constitución Española (CE) de 1978 optó por el reconocimiento del derecho a la protección sanitaria en el capítulo Tercero del Título I, relativo a los “principios rectores de la política social y económica”, y no en el capítulo Segundo, referido a los “Derechos y libertades”, en cuya Sección 1ª se hace a su vez referencia a los “derechos fundamentales y libertades públicas”.

De la inclusión de la referencia al derecho a la protección sanitaria en el capítulo citado se derivan dos limitaciones: 1) el desarrollo legal previsto no debe ni puede hacerse mediante Ley “orgánica”, y es, en consecuencia, susceptible de modificación por cualquier gobierno por mayoría simple; 2) no cabe el recurso de amparo al Tribunal Constitucional si se produce una supuesta vulneración en el ejercicio del derecho.

Por su parte, los artículos que dentro del texto constitucional se refieren a la protección sanitaria en España son el 41 y el 43, éste relativo al mantenimiento de “*un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos... (que comprenderá) la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo*”.

3.- El desarrollo legal del derecho a la protección sanitaria se hizo efectivo mediante la Ley 14/1986, general de Sanidad. Ésta reguló en su artículo 1, la extensión personal del derecho a la protección sanitaria, llevando a cabo la “universalización” formal del derecho a todos los ciudadanos españoles, y homologados a éstos, definidos en el artículo citado. Pero además optó por organizar la protección sanitaria para hacer efectivo el ejercicio del derecho a la misma mediante la creación de un Sistema Nacional de Salud de carácter público, al que debería poder acceder en condiciones de igualdad “efectiva” (Artículo 3.2) cualquier ciudadano que, con arreglo a las condiciones previamente indicadas, tenga derecho a la protección.

Esa “igualdad efectiva” debería haber conllevado la homologación de los instrumentos y extensión de la protección sanitaria que se ejercía desde antes de aquella por los distintos regímenes de Seguridad Social (y otros sistemas específicos para determinados colectivos) existentes, que en el momento de promulgarse la LGS cubrían entre todos a cerca del 96 % de la población española. La previsión de unificación de esas formas de protección en una sola ha sido ampliamente incumplida (los casos más destacados los de las mutualidades de funcionarios, MUFACE, MUGEJU e ISFAS, que todavía persisten como formas de protección diferenciada, ahora con graves problemas económicos para su sostenibilidad).

4.- El mantenimiento de esas formas distintas de proporcionar la asistencia sanitaria a distintos grupos de ciudadanos tiene resultados diversos: 1) mantenimiento de diferentes niveles y ámbitos materiales de protección para colectivos distintos; 2) exclusión del ámbito general de protección sanitaria realizada a través de las instituciones y centros del SNS de la mayoría de los grupos de población con mayor capacidad teórica para demandar cambios en la organización y la extensión de la protección sanitaria; 3) protección sanitaria de colectivos específicos de sistemas y regímenes especiales gestionada por órganos rectores distintos de los que gobiernan el SNS, dependientes de departamentos ministeriales diferentes al que ejerce las competencias sanitarias. La situación tiene también consecuencias de carácter económico y ruptura de las economías de escala que se derivarían de una utilización universal de los recursos.

5.- El Real Decreto-Ley 16/2012, dictado *"para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud"* constituyó una modificación fundamental de la regulación realizada hasta su entrada en vigor del ejercicio del derecho a la protección sanitaria en España. Los aspectos modificados de la regulación del derecho a la protección sanitaria afectan:

5.1) a la extensión personal del derecho a la protección, que la nueva norma reserva a la condición de "asegurado", "laboralizando" de nuevo el derecho a la protección sanitaria mediante la definición que se hace de la misma, y excluyendo de ella a distintos grupos de población que pierden el vínculo laboral o que disponen de un elevado nivel de ingresos, condición esta última que socava las bases fiscales y financieras del SNS. Por su parte, en el apartado tres del artículo 1 del Real Decreto-Ley se excluye de la atención sanitaria ordinaria a *"los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España"*, excepto *"los menores de dieciocho años (que) recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles"*.

5.2) a la responsabilidad y los mecanismos de gestión del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, que se atribuye al Instituto Nacional de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo, que administra y gestiona la prestaciones contributivas, lo que constituye un refuerzo a la "relaboralización" de la protección sanitaria que la Ley 14/1986 universalizó.

6.- Recuperar y completar las condiciones universales e igualitarias en España requiere restaurar las condiciones universales de la protección sanitaria previas el Real Decreto-Ley 16/2012, anulando las regulaciones citadas. Pero exige también unificar la protección sanitaria de toda la población con derecho a ella en el SNS. Para ello, se debe: 1) incluir en el régimen general de protección a los grupos de población que disponen de acceso a sistemas diferenciados (privados) de protección, un proceso que puede desarrollarse de forma unívoca o paulatina, pero que debe conllevar en todo caso finalmente la inclusión de la financiación destinada a estos sistemas en la financiación global del SNS; 2) constituir en el Ministerio de Sanidad los instrumentos de reconocimiento del derecho, estadísticos y funcionales necesarios para hacer efectiva la universalidad y la igualdad en el ejercicio de ese derecho, como condición asociada a la ciudadanía española y otras condiciones asimiladas a ella.

7.- La única medida útil a efectos de proporcionar un “blindaje” añadido a la protección sanitaria en España sería que los derechos a la protección y a la asistencia sanitaria a los que se refieren los artículos 43 y 41 de la CE respectivamente, se incluyesen en la relación de derechos fundamentales contenidos en el capítulo II del Título primero de la propia CE. Su desarrollo debería vincularse, en su caso, a otras modificaciones constitucionales referidas a distintas cuestiones cuya posibilidad se está planteando en el momento actual.

CAPÍTULO II.

DESCENTRALIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

1.- Para entender las condiciones de la organización sanitaria en los países que combinan la protección sanitaria universal con la organización descentralizada de su gestión, lo que, además de en España, ocurre de manera más comparable en Canadá, resultan de especial interés tres cuestiones: - el camino seguido para alcanzar esa situación. En general se considera que el hecho alcanzado más tarde (universalización o descentralización) predomina sobre el otro, y marca su impronta en la organización sanitaria del país correspondiente; - el reparto de las competencias

sanitarias entre los distintos niveles de gestión; - los instrumentos de coordinación, puestos en marcha para garantizar las condiciones universales de la protección.

2.- El objetivo político más importante de la Constitución Española (CE) desde el punto de vista sanitario no fue el logro de la cobertura sanitaria universal, que ya estaba entonces casi alcanzada (82% de la población en el año 1978, el de aprobación de la CE; 96% en 1996, cuando se aprobó la LGS), sino la creación de las Comunidades Autónomas (CCAA). Éstas se constituyeron ante todo en prestadoras de servicios, de entre los que suponen un mayor montante económico, que alcanza más del 40% de los recursos presupuestarios de cada una, son los sanitarios. La organización de éstos pasó a convertirse principalmente en instrumento añadido de diferenciación entre unas y otras, puesto al servicio de crear una “imagen de marca” propia de cada una.

3.- En cuanto al reparto de competencias, lo que la Constitución Española (CE) previó a este respecto fue la fijación de las competencias “exclusivas” del Estado en el artículo 149.1 del texto constitucional: en el apartado 16, la *"sanidad exterior"*, las *"bases y coordinación general de la sanidad"* y la *"legislación sobre productos farmacéuticos"*; y en el 17, la *"legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las CCAA"*, incluyendo en esa competencia el mantenimiento de *"un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos...(que comprenderá) la asistencia sanitaria ..."*.

Por su parte, en el artículo 148 de la CE se estableció que las CCAA podrían asumir como propias en sus Estatutos aquéllas que no estaban atribuidas al Estado en la relación contenida en el artículo 149 citado. Entre éstas se encontraban (apartado 21 de este artículo) la *"sanidad e higiene"*, entendida como los servicios colectivos de salud pública.

4.- La prioridad política del desarrollo de las CCAA como objetivo principal dejó una huella inmediata en el proceso de traspaso de las competencias sanitarias a las CCAA: antes de que se promulgara la LGS, en 1986, la totalidad de aquéllas había recibido la transferencia de las responsabilidades en materia de Salud Pública. Además, dos de ellas, Cataluña en 1981 y Andalucía en 1984, habían incluso recibido las transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, una materia de mucha mayor (hasta 100 veces más) importancia económica.

Por el contrario, la LGS no estableció ninguna regulación dirigida a garantizar la universalidad y la igualdad básica de la protección sanitaria en las nuevas condiciones de descentralización ya iniciadas. Tampoco definió un modelo de organización descentralizada de la sanidad una vez completado el proceso descentralizador, ni un calendario de traspasos de las competencias sanitarias.

En tal situación, el proceso de descentralización de la asistencia sanitaria continuó desarrollándose de manera irregular y durante un período muy prolongado: hasta 1994 habían recibido ese traspaso siete CCAA, mientras que las diez restantes no lo hicieron, y de manera simultánea, hasta diciembre de 2001. Este último proceso fue complemento y condición imprescindible para incluir la financiación sanitaria en un nuevo sistema de financiación autonómica general.

5.- La impronta de la prioridad política mencionada se puso también de manifiesto en la interpretación del contenido y la extensión de las competencias sanitarias traspasadas a las CCAA, que ha ido derivando progresivamente hacia una interpretación de las asumidas por aquéllas, en especial las de gestión de los servicios de asistencia sanitaria, como propias y “exclusivas” de cada una, sin capacidad real de intervención del Gobierno central en su ejercicio.

6.- Este “deslizamiento” se acompañó además de un vaciamiento progresivo de las competencias “federales” ejercidas desde el gobierno central por el Ministerio de Sanidad, definidas en términos poco precisos en el artículo 149.1.16 de la CE citado:

- desde el punto de vista legal, varias sentencias precoces del Tribunal Constitucional definieron en términos limitativos las competencias de "*coordinación*" y "*alta inspección*", restringiendo las mismas a un seguimiento de las disposiciones de las CCAA, más que de sus actos de dirección y gobierno de los servicios sanitarios, sin poder imponer de manera efectiva ningún cambio en los mismos.

- los Ministerios de Sanidad sucesivos tampoco centraron su atención en hacer efectiva la responsabilidad de constituir sistemas de información sanitaria, incluida la económica, que les había sido atribuida de manera expresa por la LGS.

- el establecimiento de un órgano “superior” de coordinación, al que se le dio en la ley el nombre de “Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud” (CISNS), adoleció de los mismos defectos en su definición y constitución. La demanda de ejecutividad de sus acuerdos no tiene ninguna viabilidad real en las condiciones constitutivas actuales del SNS, en las que cada CA puede aplicar o no en su territorio conforme a sus competencias los acuerdos alcanzados en ese órgano.

7.- El resultado de esa forma de definición, interpretación y práctica de las competencias centrales y autonómicas, junto con las limitaciones de los mecanismos de coordinación del sistema descritas, ha dado lugar a una situación que está derivando de forma cada vez más clara hacia la constitución de diecisiete sistemas de salud diferentes, en lugar de un único y universal Sistema Nacional de Salud. Frente a ello, es imprescindible la definición de una alternativa de reforma que opere en sentido “federal”, garantizando, mediante un funcionamiento coordinado y cohesionado del sistema sanitario en su conjunto, las condiciones de universalidad e igualdad de la atención sanitaria, en especial en el acceso a los servicios públicos de salud.

Algunas opciones posibles para desarrollar esa opción “federal” incluyen: 1) El recambio en la definición de las competencias sanitarias estatales y autonómicas en la Constitución Española (CE); 2) la constitución mediante Ley de un nuevo órgano de gobierno efectivo del SNS en ejercicio de las competencias propias del Estado, bajo la dependencia de la AGE, y para desarrollar las funciones que se derivan de aquéllas; 3) el establecimiento mediante una nueva Ley de unas “condiciones básicas esenciales” de la asistencia sanitaria en España, semejantes a las establecidas en Canadá (*universalidad*; “*transportabilidad*” interterritorial de la protección; igualdad de *amplitud* de la prestación); y de las instrumentales necesarias para que se mantengan esas condiciones en el funcionamiento cotidiano del propio sistema: *carácter público* de los centros sanitarios del sistema; y *accesibilidad*, entendida como igualdad en el acceso al propio sistema; 4) la adjudicación de un papel principal al Senado en la regulación y el control del sistema sanitario, incluyendo el de la financiación sanitaria.

CAPÍTULO III.

FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

1.- El Sistema Nacional de Salud español nació formalmente en 1986 a partir de un sistema de Seguridad Social creado durante la dictadura, que se financiaba, en consecuencia, con cotizaciones sociales. Ese origen ha determinado también una evolución peculiar de la financiación sanitaria, hasta llegar a su actual situación, en la que la de las CCAA de régimen común está integrada y forma parte del sistema de financiación autonómica general, y se realiza por completo con cargo a impuestos generales.

2.- El paso de un sistema a otro supuso dos cambios sucesivos e independientes: el primero significó el paso desde la financiación contributiva previa a la financiación completa con impuestos generales, una situación que se alcanzó en 1999. Durante ese plazo, y hasta 2001, la financiación sanitaria funcionó como un sistema finalista específico, al margen del sistema de financiación de otras competencias y servicios gestionados por las CCAA. El segundo cambio, que tuvo lugar en diciembre de 2001, produjo el paso de ese sistema de financiación sanitaria finalista específico a la inclusión de ésta en el sistema de financiación autonómica general, lo que se acompañó del traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria a las diez CCAA que todavía no lo había recibido.

3.- En el sistema de financiación de 2001 la incorporación de la financiación sanitaria al sistema de financiación autonómica general supuso, además de un aumento en la cesión de tributos a las CCAA, la eliminación de la previsión de cualquier clase de nivelación sanitaria entre ellas de carácter no financiero.

El sistema de financiación aprobado en 2009, que todavía sigue en vigor significó una nueva ampliación de la cesión de tributos a todas las CCAA en una misma proporción. Además previó unos mecanismos de compensación financiera, mediante la creación de un “Fondo de Garantía de Servicios Públicos Esenciales” (sanidad, educación y servicios sociales) que permitieran igualar un mismo nivel de financiación capitativa para cubrir unos estándares de coste por habitante de ese paquete de servicios públicos, calculado de manera conjunta e indiferenciada entre ellos.

4.- La organización y la gestión de la financiación sanitaria han adolecido siempre de una ineficiencia manifiesta.

4.1.- Desde el punto de vista de los ingresos autonómicos, el principal factor de ineficiencia ha sido la distribución de fondos adicionales a la financiación sanitaria "ordinaria" (hasta cuatro "operaciones de saneamiento" llevadas a cabo entre 1992 y 1996; ampliación de fondos en 2005 por acuerdo de la Conferencia de Presidentes realizada ese año), sin que en ninguno de esos casos la distribución de esos fondos complementarios conllevara la exigencia de ninguna información sobre la situación financiera y la gestión sanitaria de las CCAA. Lo mismo ocurre con los mecanismos de endeudamiento financiero o con los proveedores de las CCAA. Los planes de saneamiento de las deudas con los proveedores más recientes han adolecido de las mismas carencias de información sobre esas cuestiones.

4.2.- Desde el punto de vista del gasto sanitario autonómico, la causa principal de la ineficiencia financiera es un modelo de organización y dotación de los servicios sanitarios de cada CA tendente a la autosuficiencia de cada una para prestar la totalidad de los servicios necesarios a su población "propia".

5.- El gasto sanitario en España se ha venido ateniendo siempre a lo largo del tiempo a los patrones de gasto en relación con el nivel de riqueza expresado en términos de PIB per cápita que se da en la mayoría de los países desarrollados. En ese contexto, el ritmo de crecimiento del gasto sanitario público en España en relación con el PIB ha venido siendo superior al de este último desde 1999 hasta 2009, año en que la participación del gasto sanitario total sobre el PIB alcanzó la cifra máxima del 9,62% (con una participación del gasto público del 6,7%,). Estas cifras se han ido reduciendo desde entonces a expensas de la reducción del gasto público, pese a la reducción simultánea del PIB, hasta ser en 2011 del 9,3% (con un porcentaje del gasto público del 6,5% en 2011, y del 6,2% en 2012).

6.- A la puesta en cuestión de la suficiencia de financiación sanitaria contribuyen distintas razones:

6.1.- Las políticas de presupuestación sanitaria, desarrolladas desde el Ministerio de Hacienda, y aplicadas al ámbito del INSALUD, mientras éste existió, con arreglo a las cuales el presupuesto inicial de cada año era inferior al gasto efectivo del año

anterior. La continuidad de formas anómalas similares de presupuestación y gestión por las CCAA ha sido puesta de manifiesto en un reciente informe del Tribunal de Cuentas relativo al ejercicio económico sanitario de aquéllas durante los años 2010 y 2011.

6.2.- El consumo masivo de recursos tecnológicos innovadores, principalmente productos farmacéuticos, que provoca un crecimiento progresivo e incontrolable del gasto sanitario.

6.3.- Las políticas fiscales aplicadas: a) las políticas de ingresos fiscales que se han ido siguiendo en los últimos años, que mantienen una ratio entre el total de ingresos fiscales y el PIB de alrededor del 35%, 9,5 puntos por debajo de la media de la UE-27 (44,6%), y por debajo de aquellos países que, como Grecia (40,9%), Italia (46,1%) o Portugal (44,7%) protagonizan con España la crisis de la deuda soberana; b) la persistencia de una bolsa de fraude fiscal muy significativa, que puede alcanzar el 6% del PIB c) la caída del nivel de los ingresos obtenidos de la recaudación de los impuestos adscritos a la financiación de las CCAA desde el inicio de la crisis económica , que entre 2007 y 2009 supuso más de 67.000 millones de euros.

6.4.- La ruptura de las economías de escala y del uso universal de unos mismos servicios como instrumentos al servicio de la eficiencia y la sostenibilidad financiera del sistema, por el mantenimiento 30 años después de la LGS de sistemas de protección independientes del SNS para determinados colectivos.

7.- La mejora de la eficiencia del sistema de financiación sanitaria, que es condición imprescindible, pero no suficiente, para mantener los actuales niveles de protección sanitaria para toda la población, pasa por medidas distintas:

7.1.- Una modificación del sistema de financiación autonómica, para introducir mecanismos de intervención de la AGE en la financiación sanitaria autonómica y la distribución de una parte de ésta en función del conocimiento del gasto sanitario efectuado por las CCAA, y su contribución al mantenimiento de las “condiciones generales del sistema” a que se ha aludido en el capítulo anterior. La posibilidad de esa modificación se ha visto reforzada por lo establecido en los fundamentos jurídicos de las sentencias del TC 71/2014 y 85/2014, mediante las que se declaró la inconstitucionalidad del euro por receta por las CCAA de Cataluña y Madrid.

7.2.- El establecimiento de un sistema finalista de distribución de la financiación sanitaria, que, desde el punto de vista legal, no resulta contrario por sí mismo al

ordenamiento constitucional (de hecho entre 1986 y 2001 existió un sistema así), y que, desde el punto de vista funcional, es, conforme a la experiencia de otros países de organización federal y gestión descentralizada de la cobertura sanitaria, la mejor manera de afrontar el crecimiento imparable del gasto sanitario en detrimento de los presupuestos de otros servicios esenciales.

7.3.- La integración de todos los sistemas de protección sanitaria con financiación pública existentes en España en el SNS.

8.- La suficiencia de la financiación sanitaria para garantizar con carácter universal niveles semejantes de protección sanitaria requiere también algunas condiciones: 1) la inclusión de mecanismos diferentes a la cesión de cantidades añadidas a la financiación autonómica sin ningún control del gasto, sistema que no garantiza la eficiencia de su utilización; 2) un límite, ya alcanzado, que no permite ceder más impuestos a las CCAA para el ejercicio de sus competencias si no se quiere cambiar la naturaleza del Estado; 3) los copagos de cualquier naturaleza no deben utilizarse en ningún caso como fuente básica de financiación adicional o reducción de consumos necesarios ; 4) la necesidad de estudiar, como se ha sugerido en otros países, mecanismos fiscales finalistas específicos para hacer posible la adición condicionada de nuevas prestaciones, en especial medicamentos biotecnológicos, de alta eficacia y costes elevados, susceptibles de poner en riesgo la sostenibilidad económica del SNS.

CAPÍTULO IV.

LA GESTIÓN DE LOS CENTROS Y SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.- La crisis económica de los años 70 generó el comienzo de la preocupación por la eficiencia de los servicios sanitarios. En el caso de los organizados como servicios nacionales de salud (Reino Unido; Suecia), la evolución de las reformas organizativas y de gestión llevadas a cabo en ellos con el supuesto fin de mejorar la eficiencia han seguido caminos semejantes y previos (sucesivamente, "gerencialismo"; creación de mercados sanitarios regulados; constitución independiente de centros y servicios; en el Reino Unido recurso a las fórmulas PFI (*Private finance initiative*) y PPP (*Public-private partnership*) para la construcción de nuevos centros hospitalarios con financiación privada) a las llevadas a cabo en España.

La organización de esos servicios, en especial la del NHS (*National Health Service*) británico, ha cambiado así por completo, y su funcionamiento está principalmente dirigido por los intereses económicos propios de los centros independientes, una parte significativa de ellos gestionados por entidades privadas. Muchos de ellos incurren en déficits presupuestarios persistentes, y algunos en episodios sonados de deterioro manifiesto de la calidad de la atención, sin que todo ello haya conseguido reducir el gasto creciente del conjunto del servicio, que genera la necesidad de aportar periódicamente cantidades adicionales por diferentes vías a los presupuestos globales del NHS.

2.-En España, la Ley General de Sanidad (LGS), de 1986, no hizo ninguna referencia expresa al gobierno y la gestión de los centros y servicios del SNS, lo que hizo que se mantuvieran de hecho las formas de gestión burocrática de unos y otros conforme a los patrones vigentes en el sistema de Seguridad Social anterior.

Ese “modelo” fue, sin embargo, puesto en cuestión de manera inmediata a la entrada del PSOE en el Gobierno de la nación, incluso antes de que aprobara la LGS. Una primera respuesta a esa situación fue la sustitución inicial de los gestores de la Seguridad Social por “gerentes” no procedentes inicialmente del sector sanitario, que pronto fueron sustituidos mayoritariamente por personal sanitario asistencial afín en el terreno político al partido del gobierno, pero carente de formación en gestión.

3.- El origen de las demandas para modificar de forma estructural las formas organizativas y de gestión de los centros públicos hay que situarlo en la Ley autonómica 15/1990, de la Generalitat de Cataluña y, en 1991, en el Informe Abril.

La primera dotó al *Servei Català de Salut* (SCS), de la naturaleza de ente público de carácter institucional. A la vez, abrió la posibilidad de que la gestión de los centros en Cataluña se llevase a cabo mediante fórmulas de gestión diversas -directas, indirectas o compartidas- a través de entidades públicas o privadas admitidas en derecho.

Por su parte, el informe Abril contenía sugerencias para modificar la naturaleza de los centros del sistema sanitario público, de manera que pudieran constituirse como entidades independientes y responsables de su ejercicio presupuestario y de gestión.

4.- La influencia combinada de la norma catalana citada con las ideas sugeridas en el Informe Abril provocó un desarrollo peculiar en los años más inmediatos siguientes:

1) todos los servicios autonómicos de salud que se fueron creando modificaron su

naturaleza jurídica, para hacerla como entes de derecho público; 2) todas las CCAA generaron “nuevas formas de gestión” en centros de nueva creación, dejando al margen, al igual que ya había hecho Cataluña, los centros dependientes del INSALUD, hubieran recibido o no el traspaso de éstos. Ello dio lugar a diferentes nuevas modalidades de gestión de centros (empresas públicas, fundaciones de distinto tipo, consorcios), convirtiéndose además cada una en un elemento diferencial y distintivo de la CA que la había adoptado.

El efecto global de la multiplicación, aunque limitada, de formas de gestión diferentes, fue dificultar una gestión funcional y presupuestaria homogénea de cada uno de los servicios autonómicos de salud y, en conjunto, del SNS, y marginar la preocupación por la eficiencia de la gestión del conjunto de éste.

5.- La llegada al gobierno central del PP en 1996 se siguió al año siguiente de una norma, la Ley estatal 15/1997, de carácter básico, que dio cobertura legal a todas las formas de gestión de los centros en el SNS realizada "*directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho*", norma que, una vez introducidos los términos resaltados en negrilla, contó con el apoyo del Partido Socialista.

La publicación de la Ley dio lugar a un amplio debate, en el que quienes se opusieron a la misma centraron principalmente sus críticas en la contribución que la aplicación de esas “nuevas formas de gestión” podía suponer a introducir vías de privatización del SNS. Este criterio, de dudosa aplicación a las fórmulas públicas de gestión de nuevos centros que se fueron adoptando, adquiere, por el contrario, todo su sentido para el caso de los nuevos hospitales, el primero el de Alzira en 1998, creados por y cedidos a la gestión privada bajo alguna variante de fórmulas de asociación o partenariado público-privado (PPP), no incluidas entre las posibilidades abiertas por la Ley 15/1997.

Las restricciones efectivas para la difusión de otras fórmulas públicas de gestión directa debido a las limitaciones presupuestarias, entraron en abierto contraste con la difusión progresiva y constitución como único modelo alternativo real a la gestión pública el modelo de concesión administrativa iniciado con el Hospital de Alzira. Esta fórmula, que se amplió a cuatro centros más en la Comunidad Valenciana, se ha extendido luego a otras CCAA (Asturias; Baleares; C-León; Madrid, donde fue parcialmente paralizada por decisión judicial en enero de 2014).

6.- La evolución de la gestión de los hospitales del antiguo INSALUD siguió un camino distinto: a mediados de los años 90, con gobierno socialista, se optó por introducir novedades en la gestión funcional de los centros mediante un “contrato-programa”, que tuvo efectos positivos, pero fue abandonado finalmente a finales de esa década, bajo gobierno del PP desde 1996. Desde entonces los sucesivos cambios de gobierno, tanto a nivel central como después en las CCAA, han seguido teniendo como efecto la realización de cambios arbitrarios en los equipos de dirección de los centros del SNS ya existentes, guiados ante todo por el criterio de afinidad política general o local con los gobiernos a los que corresponde la designación de aquéllos.

7.- En el ámbito de la atención primaria, en 1984, dos años antes de la LGS, se introdujeron cambios significativos mediante el RD 137/1984, por el que se crearon los “equipos de atención primaria”. La vinculación de la constitución progresiva de éstos con la creación de centros de salud, muchos de ellos de nueva construcción, convirtió en buena parte la reforma en una política “de ladrillo”, que hizo menor hincapié en los aspectos funcionales de su actividad. La Ley 11/1995, de 29 de septiembre, de la Generalitat catalana, abrió las posibilidades de crear *entidades de base asociativa* para la gestión de centros de salud. La disposición se siguió de la constitución en Cataluña de un número muy limitado de centros (en la actualidad no supera los quince) que pasaron a ser gestionados de esa forma, y que, salvo un intento reciente fallido de organización similar en la CA de Madrid, no se ha extendido más.

8.- La última novedad sugerida para cambiar la gestión de los centros públicos es la creación de unidades de “gestión clínica”, conforme a un modelo que está todavía indefinido, cuyo desarrollo se ha comprometido por el actual Ministerio de Sanidad con los componentes del Foro de las Profesiones sanitarias.

9.- La descripción de la evolución que han seguido las innovaciones que se han ido introduciendo en la gestión de los centros del SNS desde su creación permite destacar la confusión organizativa y de gestión que ha reinado en la consideración de estas cuestiones en el ámbito del propio SNS. Esa situación, que redundaba en perjuicio de la eficiencia del SNS en su conjunto, ha coexistido con la configuración de la gestión sanitaria como área de negocio privado seguro, que el Estado nunca dejará decaer (“*too big to fail*”). Esa situación afecta a todas las formas de gestión descritas, por lo que todas ellas deben someterse a transformaciones profundas con objetivos claros:

9.1.- Para los hospitales, 1) constituir una gestión pública eficiente y sometida a un control homogéneo como el modelo de gestión propio de las instituciones y centros del SNS, dotando a los centros de autonomía de gestión y *accountability* de la gestión realizada; 2) -evitar la multiplicación las formas de gestión indirecta de centros públicos (concesión administrativa, PFI), para lo que no basta con derogar la Ley 15/1997; -establecer mediante normativa básica condiciones de distinto carácter para su desarrollo, que permitan contrarrestar los efectos negativos tanto en términos de aumentos de costes como sistémicos que ha provocado su desarrollo; - y prever en la misma norma mecanismos de revisión de la concesión administrativa de la gestión, que permitan la recuperación de la gestión pública y, en los casos en que esa reversión no sea posible, la modificación de las condiciones contractuales en vigor.

9.2.- Las únicas alternativas posibles a la organización y gestión de la atención primaria incluyen diferentes formas y grados de autogestión de los centros. El mantenimiento del carácter público en el caso de desarrollarse experiencias de autogestión, debe ser, en todo caso una condición básica, que impida la cesión de los centros a la gestión privada de cualquier naturaleza.

9.3.- Las formas de concretar en términos organizativos la autonomía y a la vez el control de la implicación en la gestión por los médicos de los costes y la calidad del sistema sanitario a través de formas de “gestión clínica” están todavía por desarrollar en España. Desde el punto de vista del mantenimiento del servicio público sanitario en condiciones de eficiencia y universalidad, se debe plantear una regulación de carácter general y básico de la gestión clínica que, manteniendo los centros sanitarios como únicas entidades con capacidad de disponer de entidad jurídica propia, permita el mantenimiento integrado de los centros del SNS.

CAPÍTULO V.

LA SITUACIÓN Y LA GESTIÓN DEL PERSONAL EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

1.- El análisis de las situación del personal sanitario en España requiere referirse a dos cuestiones claramente diferenciadas: la primera, la relación de los profesionales sanitarios con el SNS, que en nuestro país constituye todavía el empleador principal de personal sanitario; la segunda la organización corporativa de las profesiones

sanitarias y el papel que cumplen aquí sus organizaciones representativas. En uno y otro caso existen importantes diferencias entre la situación en España y la que se da en otros países, en perjuicio del funcionamiento adecuado del SNS.

2.- El punto de partida de la definición del régimen jurídico del personal sanitario del SNS fue el sistema de Seguridad Social preexistente creado en la época de la dictadura. En él, las relaciones de personal se regían por hasta cuatro estatutos específicos (de personal médico; de personal auxiliar sanitario (enfermería) y auxiliar de clínica; de personal no sanitario de instituciones sanitarias; y, por último, de personal funcionario) que, salvo este último, acercaban la situación del personal sanitario “estatutario” más al régimen laboral que al funcionarial. Algunos intentos de conducir la relación al régimen laboral durante la elaboración de la LGS fracasaron por las presiones corporativas en contra, y no ha vuelto a intentarse. La Ley recogió la previsión de elaborar en un plazo de seis meses, que sólo se hizo efectiva diecisiete años más tarde, un “estatuto marco” del personal del SNS. La búsqueda de consenso político y acuerdo sindical con el mismo se tradujo en una norma de mínimos (ley 55/2003), que no ayudó a afrontar ninguno de los problemas fundamentales relacionados con la gestión del personal sanitario de las instituciones públicas. Pese a eso sigue en vigor.

3.- El mantenimiento de las condiciones "estatutarias" mencionadas ha dado lugar a diferentes problemas que afectan profundamente a la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria prestada en los centros que son propiedad del SNS. Los más destacados son los siguientes:

3.1.- El desempeño de plazas “en propiedad” por quien logra acceder a ellas bajo la condición "funcionarial especial" con la que el Estatuto en vigor define la relación estatutaria. Una situación así no existe en los servicios públicos sanitarios de ningún país homólogo. Las plazas “en propiedad” constituyen en muchos casos una hipoteca estructural añadida para obtener y sostener un rendimiento adecuado en los puestos de trabajo desempeñados en esas condiciones. Por otra parte, éstas resultan accesibles a un número cada vez menor de profesionales, tras soportar durante períodos de tiempo, en muchos casos muy prolongados, situaciones precarias (contratos eventuales, temporales de duración mínima, y otras muchas modalidades). Estimaciones

recientes, indican que esas situaciones afectan a cerca del 50% del personal médico del SNS, y a proporciones similares del restante personal del mismo.

3.2.- El segundo problema son los mecanismos de provisión de plazas previstos bajo el régimen estatutario, y su incumplimiento sistemático por quienes gestionan los centros públicos, bajo la tolerancia, e incluso el estímulo, de los servicios autonómicos de salud, que dan lugar a las condiciones precarias de contratación citadas.

La recuperación de un ritmo de convocatorias que permitiera atenuar el desempeño temporal de las plazas que va siendo necesario cubrir parece un objetivo difícilmente alcanzable y dudosamente deseable. El ejemplo de una OPE realizada en 2001, pero finalizada más de cinco años después, para adjudicar más de 15.000 plazas de diferentes categorías, es demostrativo de la inviabilidad real de la recuperación de convocatorias de ese carácter.

3.3.- Una tercera cuestión es la uniformidad de normas de aplicación a categorías profesionales distintas. Aplicar las mismas condiciones de relación al personal médico, y en algunos casos al de enfermería, que son las categorías profesionales básicas del sistema sanitario, a todas las categorías sanitarias, e incluso las no sanitarias, existentes en los centros, resulta innecesario e inadecuado para el mantenimiento de la calidad de la atención prestada por los servicios públicos sanitarios. Ocurre lo mismo con otras condiciones, como las retributivas, incluida la percepción de determinados incentivos y complementos (como la "carrera profesional"), o las de desempeño simultáneo de plazas en el sector público y el privado, las jornadas laborales, u otras, que se han ido haciendo similares para una y otra clase de personal.

La alternativa a la relación "estatutaria" definida como "funcionarial especial" podría pasar, a semejanza de lo que ocurre en otros países, por el establecimiento de modalidades de contratación laboral específica aplicables por todos los centros del SNS para determinadas profesiones sanitarias, en especial los médicos, quedando para el resto de profesiones el régimen laboral general, con las condiciones en las que éste se debe aplicar en el ámbito público, y contratación directa por los centros públicos.

4.- Las reformas de la gestión de los centros que se han comentado en el apartado anterior dieron lugar a distintas etapas en el nombramiento de gestores de las instituciones sanitarias del SNS, que finalmente han terminado por converger en los nombramiento de “gerentes” de los centros que recaen en personas de diferentes titulaciones, con frecuencia médicos sin experiencia de gestión previa alguna, por razones de proximidad ideológica o política al gobierno de turno en cada CA. No hay establecidos requisitos de acceso ni procesos de formación previos formalizados para acceder a esos puestos.

La necesidad de profesionales competentes para llevar a cabo una gestión eficiente de las instituciones sanitarias públicas, que consumen una parte sustantiva de los presupuestos sanitarios de las CCAA, se puede satisfacer de manera más adecuada mediante el establecimiento de mecanismos de acreditación de las capacidades de gestión de los profesionales que pretendan a acceder a esas funciones, procesos formativos específicos homologados impartidos por las Escuelas de salud pública y administración sanitaria existentes, dependientes de la AGE y las CCAA, y el establecimiento de regímenes específicos de contratación para acceder a las mismas.

5.- Por su parte, la institucionalización de las profesiones sanitarias, ha seguido también caminos específicos en España. Una serie de situaciones y episodios concretos durante los periodos iniciales de desarrollo del SNS, a principios de los años 80, dieron lugar a una situación peculiar de relación asimétrica con los poderes públicos por parte de distintas corporaciones sanitarias, en detrimento de la profesión médica, lo que ha tenido consecuencias relevantes sobre la regulación de las profesiones sanitarias y de sus formas de representación en España.

5.1.- La forma peculiar de “ordenación” de las profesiones sanitarias que se da en nuestro país se plasmó de manera expresa en una norma tardía de ese nombre (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Esa norma constituye un marco regulatorio muy burocrático, más orientado a la consolidación del statu quo de las profesiones tradicionales que a una previsión de las necesidades y exigencias a medio y largo plazo del SNS en cuanto a su capital humano. La exclusividad en el desempeño de determinadas funciones por ciertas profesiones con arreglo a la Ley se ha utilizado de manera preferente para garantizar la reserva de puestos de trabajo para determinadas titulaciones en las plantillas de los centros sanitarios, en especial las de los centros

“propios” del SNS. Se trata de una situación que carece de referencia comparable en cualquier otro país desarrollado, en los que lo prioritario es el trabajo en equipo de profesionales de distinta titulación, con modalidades y formas de relación entre ellas que se pretenden adaptar a la evolución de las tecnologías sanitarias y la conformación de la actividad sanitaria que se deriva de su introducción, que se debe resolver con una nueva Ley.

5.2.- Por su parte, el desarrollo de las representaciones corporativas sanitarias en España está todavía condicionado ante todo por la regulación preconstitucional general que hace obligatoria la colegiación para ejercer la profesión en cualquier ámbito, incluso en los servicios públicos. Los intentos de evitar la colegiación obligatoria al menos en estos últimos mediante el recurso a los tribunales han sido rechazados hasta ahora bajo esa regulación.

Por otra parte, las organizaciones corporativas en España carecen por su propia constitución de las capacidades científicas y técnicas necesarias para llevar a cabo las funciones de control del acceso al ejercicio de cualquier profesión sanitaria, que son las propias de otros países de mayor tradición democrática. Eso no ha sido, sin embargo, obstáculo para que se les hayan atribuido formalmente funciones similares a las que llevan a cabo las organizaciones profesionales en aquéllos países y para que, de manera añadida, se haya propiciado su participación en toda clase de organismos y entidades en el ámbito público, ahora dependientes del Ministerio de Sanidad (Consejo Nacional de Especialidades, "foros profesionales" y otros, previstos en la Ley 44/2003) que tienen por objeto la colaboración en la regulación y el control del ejercicio profesional tanto en el ámbito público como en el privado y, más allá incluso, en la definición de partes muy importantes de las políticas sanitarias generales. La combinación de la colegiación obligatoria con la escasa participación en las elecciones colegiales, que ha continuado hasta hoy, propicia que las organizaciones colegiales se hayan convertido en muchos casos en la vía de representación de los intereses dominantes de determinados grupos en ciertas profesiones: ocurre así en el caso de los farmacéuticos, donde la organización colegial se ha convertido en vehículo de defensa de los intereses de los que ejercen la propiedad de las oficinas de farmacia de mayor tamaño y rentabilidad en cualquier territorio.

En el caso de los médicos, los intereses de los profesionales, que se mantienen mayoritariamente alejados de la vida colegial, han buscado otras vías de expresión

distintas de los colegios, como las numerosas sociedades científicas que se han ido constituyendo, patrocinadas por las empresas que comercializan productos propios de cada especialidad, y que han logrado entrar a formar parte de manera indiferenciada de los mismos foros en los que participa la representación colegial, sin ninguna habilitación democrática para hacerlo así. La enfermería es, por su parte, un magnífico ejemplo de la utilización de la organización corporativa para lograr mejoras retributivas generales para el conjunto de la profesión sobre la base de haber conseguido la elevación del nivel docente de la titulación, sin haber cambiado ni las capacidades ni la formación de buena parte de quienes la ejercen.

Fijar lo que constituye en cada caso el ejercicio profesional precisado de habilitación inicial y renovación periódica, y evitar que los colegios sanitarios desempeñen otras funciones distintas a éstas, requiere en cada caso de una regulación específica, que debe acompañar a cualquier nueva norma que regule el SNS.

CAPÍTULO VI.

LAS RELACIONES CON LOS PROVEEDORES, EN ESPECIAL LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, EN EL SNS

1.- La industria farmacéutica es, además de la generadora de nuevos medicamentos, y por razones asociadas a sus propias características, el principal inductor del crecimiento descontrolado del gasto sanitario en la mayoría de los países desarrollados. Un crecimiento que genera problemas económicos generales en todos ellos como consecuencia de la derivación de una parte creciente del PIB al gasto en este sector, y que está poniendo también en cuestión la sostenibilidad económica de los servicios públicos de salud.

2.- España carece de una industria farmacéutica propia potente. La mayoría de los laboratorios españoles, alrededor de 80 de un total cercano a los 100, son de pequeño tamaño y se dedican a la fabricación de productos “copia”, una vez agotados los plazos de las patentes originales. Los restantes laboratorios instalados en España, hasta cerca de 200, son extranjeros, más de tres cuartas partes de ellos europeos y el resto norteamericanos. Se trata, sin embargo, de un sector cuya capacidad exportadora ha ido creciendo, hasta alcanzar algo más del 5% de las exportaciones

manufactureras españolas y alrededor del 5% de las totales, y que genera un déficit comercial cada vez menor. Es además un sector que genera un nivel de empleo significativo, que ronda las 40.000 personas, y que ocupa un lugar de liderazgo en el gasto en I+D, que produce también un significativo nivel de empleo en esas actividades, que supera las 4.000 personas. Esas condiciones económicas explican por qué la industria farmacéutica en España y su regulación generan intereses en áreas de gobierno distintas a los servicios sanitarios, e intervenciones de aquéllas con efectos desfavorables sobre éstos.

3.- La fijación de los precios de los medicamentos constituye un paso de gran importancia en la determinación del gasto farmacéutico. Su desarrollo corresponde a una Comisión Interministerial presidida por el M^o de Sanidad, de la que también forman parte los ministerios de Hacienda e Industria. La opacidad de las condiciones de fijación de un precio “máximo” por esta Comisión, junto con el pago de precios diferentes por los servicios de salud autonómicos, e incluso por los centros sanitarios, facilita las políticas de precios diferenciales que más puedan convenir a los intereses del laboratorio implicado en cada caso.

4.- Del gasto en recetas se dispone de una información mensual del efectuado por el SNS desde mediados de los años 80 del siglo pasado, que permite observar que el gasto español en esta parte del gasto, como porcentaje del gasto farmacéutico total y del gasto sanitario total, es superior (representa alrededor de un 18% de este último) en una proporción significativa (alrededor de 7 puntos porcentuales por encima) al de la mayoría de países de nuestro entorno dotados de servicios nacionales de salud. El coste de oportunidad de este gasto (inversiones, mejoras de sueldos, y otras, no hechas) es muy alto, y erosiona claramente al SNS, por lo que su reducción ha debido constituir siempre un objetivo en sí mismo.

El control de este gasto es tributario de medidas sobre la oferta y la demanda, que se han utilizado de manera combinada en distintos países. Actualmente España no se diferencia en conjunto de los procedimientos de control de este gasto utilizados en ellos. Aunque son posibles, y de hecho se están realizando de manera permanente, modificaciones de algunas de esas medidas para reducirlo, la única medida que lo ha logrado de manera eficaz, hasta acercarlo en términos proporcionales al nivel de otros países comparables ha sido la elevación de los copagos existentes, y la introducción

de los mismos para los pensionistas, que llevó a cabo el Real Decreto-Ley 16/2012. La valoración de los efectos sanitarios y sociales de estas medidas debe servir, por eso, para orientar la alternativa de futuro respecto a estos copagos ampliados, más que a la supresión automática de los mismos, a su sustitución por otra forma de distribución que, sin aumentar este gasto en términos proporcionales, los distribuya con arreglo a criterios sanitarios y sociales más adecuados.

5.- Del gasto farmacéutico hospitalario, basado fundamentalmente en sistemas de compra independientes, muchos de ellos propios de cada hospital, no se dispone de mecanismos de información estables. Algunas estimaciones cifran el mercado hospitalario global (público+privado) en un valor próximo a los 6.300 millones de euros (ó un 10% del gasto sanitario total). Es previsible una tendencia a su crecimiento como consecuencia de la incorporación de nuevos productos biotecnológicos, de uso y control hospitalario. Las posibilidades de control de este gasto parecen vinculadas al establecimiento de precios y mecanismos de compra comunes en el SNS.

6.- La creación de una agencia de evaluación de tecnologías en España como instrumento para contribuir al control del gasto ha tenido hasta ahora un desarrollo limitado, pese a la existencia de una Agencia de evaluación central, integrada en el Instituto de Salud Carlos III, y 7 agencias autonómicas, dependientes de distintas CCAA. Los informes de una y otras carecen, sin embargo, de eficacia para orientar de manera efectiva en las funciones citadas las actuaciones del SNS. Constituir una Agencia que pudiera superar las limitaciones actuales señaladas y llevar a cabo las funciones propias para el conjunto del SNS sólo parece posible si la misma se vincula funcionalmente al órgano de gobierno al que se ha hecho referencia en el capítulo 2 de este informe, bajo una forma de constitución y organización autónoma, con participación en ella de las CCAA.

Por otra parte, la efectividad de la constitución de una agencia de esas características se debe poner también en relación con la constitución de una central única de compras del SNS bajo las mismas relaciones de vinculación con el órgano de gobierno del SNS, y participación no discrecional, como hasta ahora, de las CCAA en la misma, incentivándola además mediante el condicionamiento de una parte de la financiación autonómica a la integración en el sistema de compras del SNS que se propone.

7.- Los mecanismos de influencia de las empresas farmacéuticas sobre los médicos y los pacientes para estimular la prescripción y el consumo de los productos farmacéuticos, semejantes en España a los que se dan en otros países, son ampliamente conocidos, pero no precisados en cuanto a la cuantía y la distribución personal y colectiva (asociaciones de pacientes; sociedades científicas) de los incentivos económicos y en especie repartidos, muchas de ellas vinculadas a actividades “formativas”. El conocimiento público de esos datos, que se está empezando a hacer efectivo en otros países, es igualmente necesario en el nuestro como forma de contrarrestar esos mecanismos de influencia. Esos mecanismos se deben complementar con la creación de una oficina de información farmacéutica del SNS, que mantenga actualizada con medios y actividades eficaces el conocimiento farmacológico de los médicos, sin necesidad, y evitando de manera expresa, la intervención de la industria farmacéutica en su desarrollo.

8.- Hay otras situaciones de influencia de la industria farmacéutica peculiares de nuestro país que merecen también una consideración especial: una de ellas es la amplitud de los mecanismos de “puertas giratorias” entre el desempeño de cargos públicos relacionados con la industria farmacéutica de una u otra manera, y el paso posterior a desempeñar cargos de distinto nivel en aquélla que se da en España, que cabe valorar si debería ser susceptible de una regulación específica en función del interés económico y el gasto creciente en este sector.

Otra situación peculiar es la subvención desde el sector farmacéutico de la investigación aplicada que se realiza en los centros sanitarios, lo que constituye una forma de inducción indirecta de la prescripción por los profesionales afectados, y del consumo de los productos por los centros sanitarios. La extensión de estos mecanismos ha alcanzado un volumen tan elevado que ha llevado a su institucionalización en forma de Fundaciones de investigación constituidas en numerosos centros públicos, cuya forma jurídica facilita un control más laxo y al margen de la dirección y gestión ordinaria de los centros sanitarios de la actividad investigadora. Estas situaciones deben reconducirse hacia el control de las actividades de investigación desde la gestión integral de los centros sanitarios y su regulación desde los intereses generales del SNS.

9.- El sistema de regulación en España de la propiedad de las oficinas de farmacia se mueve en los límites del llamado “modelo mediterráneo”, que vincula la propiedad de los establecimientos en los que se dispensan los medicamentos a la posesión del título de farmacéutico. Ese modelo, que es compatible con las normas europeas que regulan la libre competencia, pero que no es, sin embargo, el único posible bajo esas regulaciones, se pretende justificar sobre la base de su supuesta eficacia para permitir el acceso más fácil a los medicamentos en todo el territorio nacional, incluidos los núcleos rurales de menor tamaño. Su mantenimiento tiene efectos desfavorables en términos de aumento del gasto como consecuencia de los márgenes legalmente establecidos por la dispensación, que no permiten diferencias en función de los volúmenes de facturación u otros criterios, ni descuentos al SNS por la dispensación de los productos financiados. Por otra parte, los mismos farmacéuticos propietarios tienen constituidas cooperativas que monopolizan de hecho la distribución de los productos hasta los establecimientos farmacéuticos, con márgenes igualmente garantizados.

La posición de los partidos hasta ahora mayoritarios ha sido permanentemente favorable al mantenimiento del modelo citado. Sin embargo, la situación ha cambiado en los últimos años: los ingresos de las oficinas de farmacia se han reducido de manera significativa por la introducción de medidas como los precios de referencia y la utilización más amplia de los genéricos. A eso se han añadido los retrasos en los pagos por distintos servicios autonómicos de salud, agudizados en la crisis económica actual. Estos cambios afectan de manera más severa a las oficinas de farmacia de menor tamaño y nivel de facturación, cuya viabilidad resulta imposible en esas condiciones.

Esas circunstancias sugieren que éste es el momento adecuado para cambiar las condiciones de un modelo del que sólo obtienen beneficios claros los propietarios de las oficinas de farmacia de mayor tamaño.

10.- Los nuevos medicamentos desarrollados con biotecnologías se caracterizan por su precio muy elevado, impuesto por las empresas productoras, con escasa capacidad de negociación por parte de las administraciones sanitarias de cada país, en especial si no se implica en ella el poder de compra de los servicios de salud de carácter universal. En razón de ese nivel de precios, estos productos están poniendo en cuestión la capacidad de afrontar su pago por todos los sistemas sanitarios públicos de

los países desarrollados. La posible multiplicación de productos de esta naturaleza en plazos próximos, con los efectos económicos potenciales señalados, aconsejan que, además de promover acciones conjuntas con otros estados para fijar el precio de los nuevos productos en niveles más bajos, se pudiera también plantear la posibilidad de utilizar mecanismos de financiación específica para estos nuevos productos mediante algunos de los mecanismos que se han planteado en el capítulo tercero de este informe. Esas formas de posible financiación adicional deben también evitar que los sobrecostos de estos nuevos medicamentos pretendan financiarse con una reducción más amplia de la financiación selectiva de medicamentos de uso común, cuyas limitaciones han alcanzado ya un límite de imposible reducción.

CAPÍTULO I. SOBRE EL DERECHO A LA PROTECCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

1) En el contexto de una posible modificación de la Constitución Española (CE) en otros aspectos, proponer la inclusión de los derechos a la protección y la asistencia sanitaria recogidos en los artículos 41 (en lo que se refiere a la asistencia sanitaria) y 43 de la misma en el Capítulo II del Título primero de la norma suprema, para lo que se proponen dos alternativas posibles de inclusión, en la sección primera o segunda de dicho capítulo.

2) Elaborar una nueva norma general sanitaria en la que, en lo que se refiere al derecho a la protección sanitaria, se establezca de manera expresa la reversión de las limitaciones introducidas por el Decreto-Ley 16/2012 y normas posteriores para la protección y la asistencia sanitaria por el SNS de distintos grupos de población con ciudadanía española y condiciones asimiladas a ésta.

3) Para la población inmigrante en situación irregular, volver a regular la protección sanitaria en términos semejantes a los previstos en el artículo 12 de la ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

4) Integrar en un plazo fijado todos los sistemas públicos de protección sanitaria en un sistema único basado en la condición de ciudadanía española, suprimiendo a los efectos sanitarios las Mutualidades de Funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y los sistemas de protección que existen para grupos otros profesionales específicos. La integración debe conllevar el traspaso de los fondos públicos con los que se mantienen esos sistemas a un fondo único de financiación sanitaria general.

5) Como medida transitoria para facilitar la integración propuesta en el número anterior, traspasar en un primer plazo los órganos que llevan a cabo la gestión de los sistemas diferenciados a los que se hace referencia en el mismo al Ministerio de Sanidad.

6) Constituir en el Ministerio de Sanidad una base de datos única de toda la población española, y asimilada a ella en este derecho conforme a las leyes, con derecho a la protección y la asistencia sanitaria, atribuyendo al mismo Ministerio el reconocimiento personal del mismo.

7) Establecer un documento único que acredite el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones en todo el territorio español, con características que permitan diferenciar el territorio autonómico de residencia habitual, y emisión del mismo por el Ministerio de Sanidad.

8) Eliminar las desgravaciones fiscales por la contratación personal, o por las empresas para sus trabajadores, de seguros de asistencia sanitaria privada.

CAPÍTULO II.

SOBRE LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

1) En el contexto de una posible reforma de la CE en sentido federal, redefinición de las competencias del Estado y de las CCAA en todas las materias sanitarias (desde la salud pública a la asistencia sanitaria) y la forma en que se ejercen por unos y otras, en unos términos nuevos y más precisos, que, sin ponerlas en cuestión, permitan a todos su ejercicio de manera que éste contribuya al sostenimiento del SNS, y no oriente hacia su ruptura.

2) Mediante una nueva ley general de sanidad de ese u otro título, fijación de unas condiciones "básicas" de la atención sanitaria en España definidas como *universalidad; transportabilidad; amplitud de la prestación; carácter público* de los centros sanitarios del sistema; e *igualdad* en las condiciones de *acceso* al mismo, añadiendo a esas condiciones generales "básicas" las aplicables a las CCAA de

contribuir y participar en los sistemas de información y sistemas comunes de compras que se puedan establecer para mejorar la gestión del SNS.

3) Constitución con el carácter de agencia independiente de un nuevo órgano de coordinación y gobierno del SNS, vinculado a la AGE, con participación en su órgano de gobierno de las CCAA, para desempeñar las siguientes funciones:

- las propias de la AGE que no han sido adecuadamente desarrolladas, entre ellas la constitución de una única base de datos de población protegida del SNS y la emisión de una tarjeta sanitaria única, la planificación estratégica del sistema, el diseño de las políticas de personal propio del SNS, la definición de las prestaciones “básicas”, y la definición de las condiciones y límites de organización y gestión de los centros sanitarios que formen parte del SNS.

- el seguimiento y control del mantenimiento de las condiciones a las que se refiere la propuesta 2) anterior.

- la distribución de los fondos que corresponda administrar a la AGE de la financiación sanitaria autonómica, y la aplicación de los criterios de reducción de la misma que pudieran resultar del incumplimiento de algunas de las condiciones generales del Sistema por alguna Comunidad Autónoma.

4) En el contexto de una posible reforma de la CE en sentido federal, pero incluso si no se lleva a cabo ésta, adjudicación de un papel principal al Senado en la regulación, el seguimiento y el control del sistema sanitario.

5) Creación de órganos específicos con personalidad jurídica propia, el carácter de agencia o similar, y participación multilateral (AGE; CCAA), para el desarrollo de sistemas de información, evaluación de tecnologías y aprovisionamiento de bienes e insumos (compras) del SNS.

6) Creación de servicios de referencia comunes para el desarrollo de determinadas actividades bajo fórmulas diversas (laboratorios de referencia comunes en centros dependientes del Instituto de Salud Carlos III; servicios de referencia en centros gestionados por las CCAA). Abrir la posibilidad de que las CCAA que lo deseen puedan delegar en esos u otros órganos específicos creados al efecto el ejercicio de sus competencias en materia de salud pública.

CAPÍTULO III.

SOBRE LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

1) Separación del sistema de distribución de la financiación de la asistencia sanitaria de las CCAA de la distribución de la financiación destinada a la gestión de otras competencias propias de aquéllas.

2) En el contexto de una modificación del sistema de distribución de la financiación sanitaria propuesto en el apartado anterior, dar un papel activo al Ministerio de Sanidad, a través del órgano de gobierno y coordinación del SNS, en la distribución de una parte de la financiación sanitaria, vinculado al control por el ministerio de unas condiciones básicas del SNS que contribuyan a garantizar la universalidad y la igualdad de la atención sanitaria prestada por éste.

Ampliar ese papel a la distribución por el mismo órgano de fondos dirigidos a financiar, o apoyar parcialmente, las inversiones necesarias para garantizar el mantenimiento de condiciones igualitarias en el acceso a centros y servicios, incluidas las dotaciones tecnológicas más novedosas, del SNS.

3) Constitución de un sistema de información económico-sanitaria específico de la gestión sanitaria de las CCAA conforme a un modelo común, e inclusión de la contribución al mantenimiento del mismo entre las condiciones esenciales dirigidas a mantener la universalidad y la igualdad de la protección sanitaria, sometiendo el cumplimiento de las mismas a un sistema de fijación de objetivos que redujese la aportación de una parte de la financiación sanitaria específica gestionada por la AGE a la CA que las incumpliera.

4) Exclusión de la implantación de nuevos copagos o tasas por el acceso o la prestación de servicios distintos a la prestación farmacéutica.

5) Valoración de los efectos sanitarios y sociales de los copagos farmacéuticos introducidos por el Real Decreto-Ley 16/2012 y modificación de los mismos con criterios de efectividad y eficiencia de los productos y equidad (nivel de pago según nivel de renta, entre otros).

6) Constitución de un observatorio permanente de estudio del grado de suficiencia financiera del sistema sanitario en el ámbito del Consejo de Política Fiscal y Financiera, y análisis y propuesta por el mismo de las medidas fiscales adicionales que sean necesarias para garantizar la sostenibilidad financiera del propio SNS.

7) Inclusión de los fondos presupuestarios destinados a la atención sanitaria pública de colectivos específicos, en particular los gestionados por las mutualidades de funcionarios, en el sistema de financiación del Sistema Nacional de Salud y su distribución.

8) Establecimiento de un sistema de facturación automática entre CCAA de la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos de una CA distinta a la de residencia habitual, sea cual sea la razón del desplazamiento. El sistema debe basarse en la utilización de una tarjeta sanitaria de uso intercambiable y común.

CAPÍTULO IV.

SOBRE LA GESTIÓN DE LOS CENTROS Y SERVICIOS DEL SNS

1) Establecer mediante una nueva norma de carácter básico, para garantizar su aplicabilidad a la totalidad del SNS, que la gestión pública de los centros del SNS, con independencia de cuál sea su titularidad, debe estar sometida a unas mismas formas de control presupuestario y de la gestión, constituyendo para ello un sistema unificado de información.

2) Promover mediante norma básica una modificación de la situación y naturaleza de los centros que son propiedad del antiguo INSALUD, para dotarlos de un régimen jurídico que permita su gestión económica y presupuestaria independiente, de la que deban dar cuenta a los órganos correspondientes de los servicios de salud respectivos. Además, dotar a esos centros de órganos de gobierno en los que participen representantes de la población designados o elegidos al azar del censo de población del área de salud en que se encuentren asentados, a los que deberán también dar cuenta periódica de su gestión, y de una Junta Asistencial colegiada y deliberante.

3) Excluir en la misma norma cualquier fórmula de gestión de naturaleza no pública que suponga la utilización de fórmulas de financiación, *presupuestación* y control de la gestión diferentes a las aplicadas en los centros públicos que formen parte del SNS.

4) Establecer en la misma norma, y con el mismo carácter básico, condiciones para aquellas experiencias excepcionales de gestión privada que se pretendan llevar a cabo por alguna CA, que deberán ser siempre minoritarias respecto a la estructura de gestión pública de cada servicio de salud, sometidas a su valoración periódica y que, en su caso, deberán acogerse a los mecanismos de rescate previstos en la propuesta siguiente. Entre esas condiciones se deben incluir las siguientes:

4.1) Sometimiento a mecanismos de acreditación sanitaria de los centros que pudieran pretender acogerse a esas formas de gestión privada. De existir éstos para los centros públicos del mismo nivel, deberían ser éstos como mínimo, estableciendo en caso contrario una regulación específica.

4.2) Sometimiento de los intercambios accionariales de las entidades privadas o uniones de empresas que pretendieran optar a la gestión privada en esos casos a control y autorización de las autoridades sanitarias, además de las reguladoras de los mercados de valores.

4.3) Para el caso de las concesiones administrativas de la gestión sanitaria de hospitales ya construidos, que el método de financiación de la concesión no pueda ser diferente y deba ser, por el contrario, del mismo nivel, que el de los centros públicos del mismo ámbito autonómico, con las variaciones a que estuviera sometido este último.

4.4) Especificar las condiciones de uso privado de los centros y, en relación con ello, de sometimiento del desarrollo tecnológico de los centros e implantación de nuevos recursos tecnológicos a la aprobación del servicio de salud correspondiente, de manera que no resulte contradictorio con el desarrollo tecnológico previsto por éste.

4.5) Contribuir a los sistemas de información de la gestión económica y sanitaria que se establezcan para los centros públicos, en igualdad de condiciones que las exigidas a estos últimos.

5) Prever en la misma norma mecanismos de intervención de los centros que permitan la recuperación de la gestión pública en aquéllos en los que se hayan implantado fórmulas de gestión privada y, en los casos en que esa reversión no sea posible, la modificación de las condiciones contractuales en vigor.

6) En el ámbito de la atención primaria, abrir legalmente la posibilidad de constituir por las CCAA formas de gestión autónoma de los centros de salud en el ámbito público, excluyendo en la misma norma que se puedan constituir formas de gestión de naturaleza privada, y restringir, para aquellos casos en que se pudieran constituir con carácter experimental y restringido algunas formas de esa naturaleza, a entidades de base asociativa de personal sanitario, excluyendo de manera expresa la posibilidad de encomendar la gestión a entidades privadas con finalidad lucrativa.

7) Fijar el carácter voluntario de esas nuevas experiencias de gestión autónoma y la posibilidad de acogerse a la libre elección por la población de su atención por los centros gestionados así en tanto se puedan valorar los resultados de su gestión, y plantear en su caso, y de resultados de esas evaluaciones, la generalización de esas formas de gestión de la atención primaria.

8) Especificar en la norma correspondiente las áreas de actuación en las que cabría plantear la autonomía de gestión de los centros de salud, sea en el ámbito público o por entidades de base asociativa e incluir entre ellas: la gestión del personal; la organización horaria del funcionamiento de los centros, que pudiera adaptarse a las características peculiares de su zona de influencia; la ampliación, con medios propios y dotación presupuestaria al afecto, de los ámbitos de actuación de cada centro, de manera que pudieran contribuir a evitar la necesidad de derivar los pacientes con diferentes patologías al nivel de atención especializada; la gestión de las urgencias de la población que tuviera concertada la atención con los centros autónomos; el desarrollo de la enfermería como instrumento de prestación de servicios en la comunidad a domicilio. Por el contrario, excluir de las posibilidades de gestión autónoma la prestación farmacéutica de la población adscrita a los centros.

9) Establecer con carácter general un límite económico para los incentivos que se puedan establecer para constituir formas autónomas de gestión de los centros de salud, especificando que la adscripción a las mismas no podrá suponer aumento de

presupuesto ni de gasto por parte de los centros de salud que se acojan a esas nuevas fórmulas de gestión.

10) Elaborar una regulación general y básica de la “gestión clínica” que permita a los centros estructurarse, en su caso, como unidades de gestión y/o áreas clínicas, modificar la organización actual por servicios, y transformar el modelo gerencial de carácter jerárquico vertical en vigor en un modelo horizontal y participativo. En todo caso, la norma debe prever el mantenimiento de los centros sanitarios como únicas entidades con capacidad de disponer de entidad jurídica propia, de manera que eso permita el mantenimiento integrado de los centros del SNS.

CAPÍTULO V.

SOBRE LA GESTIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y SUS ORGANIZACIONES EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

1.- Derogar y declarar a extinguir el actual Estatuto Marco del SNS, y promover un nuevo estatuto que establezca la relación laboral del personal del SNS que acceda a partir de ahora al desempeño de plazas en el mismo, así como los mecanismos transitorios para el acceso a las nuevas plazas por quienes vengan desempeñando hasta ahora plazas "en propiedad" en el propio SNS.

2.- Establecer mediante esa nueva norma legal un catálogo cerrado de tipos de contratación laboral que defina de manera homogénea la contratación indefinida como la propia del personal de las instituciones y centros del SNS y evite las situaciones de precariedad extrema mantenidas en el tiempo que caracterizan buena parte de la contratación actual del SNS.

3.- En el marco de esa definición de las formas de contratación laboral en los centros del SNS, definición de un modelo homogéneo de contrato específico para el personal médico, con posible diferenciación de dos modalidades aplicables a médicos de atención primaria y especialistas hospitalarios, y posibilidad de establecer en cada caso uno o varios niveles de contratación conforme a la capacidad y experiencia acreditada, en todo caso en número limitado, y no vinculados al ejercicio de responsabilidades de carácter organizativo en los centros y servicios. Junto con ello,

previsión de los mecanismos de designación y retribución complementaria de quienes, entre el personal contratado de cada centro, ejerzan de manera temporal las responsabilidades organizativas citadas.

4.- Establecer un mecanismo (¿agencia?) estatal de acreditación de la capacidad profesional en cada profesión, complementario de la titulación académica y previo a la contratación por el SNS, para poder optar a esta última. Los mismos órganos que lleven a cabo la acreditación inicial deberían llevar a cabo evaluaciones periódicas del mantenimiento y, en su caso, el progreso en la misma, que pudieran permitir acceder a puestos de nivel profesional superior en el SNS. En el desarrollo y gestión del órgano correspondiente deberían participar los colegios profesionales que cumplan lo previsto en la propuesta 9 siguiente.

5.- Descentralizar la contratación del personal acreditado siguiendo el procedimiento anterior a los centros públicos del SNS dotados de autonomía de gestión, eliminando los procedimientos centralizados de selección y simplificando éstos a nivel de cada centro mediante ofertas de trabajo gestionadas a nivel local, sometidas en todo caso al control de los órganos de gobierno de cada centro y al de los servicios autonómicos de salud.

6.- Establecer un sistema de acreditación de las capacidades de gestión de los profesionales, sanitarios o no, que quieran acceder al ejercicio de esas funciones en los centros públicos. Elaborar programas formativos homogéneos por las Escuelas de salud pública y administración sanitaria existentes, dependientes de la AGE y las CCAA, y fijación por los mismos de mecanismos de acreditación para el desempeño de esas funciones, que podrían ser también aplicados a quienes se forman en instituciones y escuelas privadas si quisieran acceder a la gestión de las instituciones públicas.

7.- Prever de un régimen de contratación específico para el desempeño de esas funciones en el ámbito de los centros propios del SNS, y especificar algunas condiciones determinadas de los contratos, como la fijación de una duración ordinaria de los mismos que no coincida con la duración de los mandatos políticos de quienes gobiernan las instituciones sanitarias ni se pueda interrumpir sin justificación razonada relacionada con el desarrollo de su gestión.

8.- Modificar las normas que rigen la ordenación de las profesiones sanitarias, en particular la Ley 44/2003, que puedan orientarse a definir cualquier actuación como exclusiva de alguna profesión o titulación específica, y establecer nuevas reglas para los sistemas de contratación que garanticen y permitan el control de los conocimientos y habilidades necesarias para el desempeño de los puestos, y no sólo la exigencia de una determinada titulación. La misma norma debe modificar la participación de las profesiones sanitarias en los órganos previstos al efecto en el SNS.

9.- Establecer una regulación específica de la colegiación en cada una de las profesiones sanitarias, al margen y diferente de la que se está planteando con carácter general, que se adecue las formas específicas del ejercicio de cada profesión, tanto en el ámbito público como en el privado. Con carácter general, la obligatoriedad de la colegiación deberá producirse únicamente para aquellos colectivos sobre los cuales los colegios profesionales estén administrativa, jurídica y técnicamente capacitados para ejercer las tareas de evaluación y control sobre los profesionales colegiados.

10.- Excluir de la participación directa en cualquier órgano general de participación profesional en organismos y entidades en el ámbito público a las sociedades científicas de cualquier naturaleza, y vehicular su participación a través de unos colegios profesionales de organización renovada e inscripción obligada conforme al modelo citado en el apartado anterior.

CAPÍTULO VI.

SOBRE LAS RELACIONES DEL SNS CON SUS PROVEEDORES, EN ESPECIAL LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

1.- Modificar la regulación de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos con el fin de separar la fijación del precio industrial "máximo" de la capacidad de negociación del precio aplicado a su utilización por el Sistema Nacional de Salud.

A esos efectos, establecer mediante ley la obligación de hacer pública de forma accesible por todas las partes interesadas el precio fijado para cada nuevo

medicamento, y los criterios sanitarios y no sanitarios, incluidas las valoraciones de su coste-efectividad e impacto presupuestario, utilizados para su fijación.

2.- Establecer mediante ley la prohibición a las administraciones públicas de llegar a acuerdos con la industria farmacéutica que comporten el establecimiento de cualquier clase de compromiso de gasto por parte del SNS.

3.- Crear una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del SNS, y una central de compras del Sistema, bajo la dependencia del órgano de gobierno del SNS propuesto en el capítulo segundo de este informe, y vincular la participación de las CCAA en los mismos y el compromiso con las indicaciones realizadas en ambos casos mediante el condicionamiento de una parte de la financiación sanitaria, conforme a los criterios del órgano de gobierno del SNS mencionado.

4.- Reconsiderar en profundidad los copagos farmacéuticos previos al Real Decreto-Ley 16/2012, y la elevación de los mismos llevada a cabo por la norma citada, proponiendo una distribución de los copagos en función de criterios sanitarios y sociales que contribuya a evitar la elevación del gasto proporcional en recetas en relación con el gasto público sanitario total por encima del nivel que ahora tiene. En el mismo terreno, homologación y aplicación de los mismos criterios de copago renovados a la población cubierta de todos los regímenes de protección sanitaria pública existentes, que, conforme a lo propuesto en el capítulo primero de este informe, se deben integrar en un único sistema de protección.

5.- Reducir la influencia de las industrias farmacéuticas y tecnológicas sobre los profesionales, cargos y altos cargos del SNS y de otros departamentos y administraciones públicas mediante las siguientes medidas:

5.1.- En el caso de los médicos:

- publicar en 2016 en un medio que permita la consulta pública de los pagos y ayudas de distinta naturaleza, incluidas las ayudas para asistir a cursos de formación, congresos y conferencias hechos a cada médico en activo, tanto en el ámbito público como en el privado, durante 2014 por cada uno de los laboratorios farmacéuticos que operan en nuestro país, con especificación de las razones que han motivado los mismos, y repetición de esa medida en años sucesivos.

- crear una oficina de información farmacéutica del SNS, que mantenga actualizado con medios y actividades eficaces el conocimiento farmacológico de los médicos sin necesidad, y evitando de manera expresa, la intervención de la industria farmacéutica en su desarrollo.

5.2.- En relación con los cargos del SNS y altos cargos de las distintas administraciones públicas que tienen relaciones de distinta naturaleza con las empresas farmacéuticas y tecnológicas:

-ampliación del plazo general de dos años establecido para que sea posible la incorporación a cualquier clase de actividad o cargo en el sector privado que tenga relación con las funciones desempeñadas en cargos de distinto nivel en el sector público, extendiendo ese plazo con carácter específico para el caso del sector farmacéutico a un plazo mínimo de cinco años.

5.3.- En el caso de las actividades de investigación patrocinadas por o relacionadas con las empresas farmacéuticas y/o tecnológicas:

- establecer una regulación básica de carácter y aplicación general a los centros públicos que normalice el funcionamiento de la investigación en los centros, y ponga en cuestión el funcionamiento anárquico del conjunto de las fundaciones de investigación constituidas en aquéllos, disolviendo si es necesario las existentes, y constituyendo las mismas de manera controlada y homogénea.

6.- Modificar las normas que regulan la vinculación entre la titulación farmacéutica y la propiedad de la oficina de farmacia de forma que la nueva regulación permita:

6.1.-la apertura de oficinas de farmacia a propietarios individuales o societarios, incluidas las cadenas de distribución general o farmacéutica que estén interesadas en ese negocio en España, siempre que se garantice la presencia de un farmacéutico durante la dispensación.

6.2.-romper la extensión del convenio con el SNS para la dispensación de medicamentos a todas las oficinas de farmacia, en especial en las grandes ciudades, e impedir por norma legal la posibilidad de que la corporación farmacéutica actúe como entidad gestora de la facturación de las oficinas de farmacia al SNS.

6.3.-llevar a cabo la dispensación de productos farmacéuticos por los centros de distinto nivel del SNS.

7.- Medidas orientadas a complementar la financiación dirigida a facilitar y promover la innovación.

- plantear la posibilidad de utilizar mecanismos de financiación específicos para nuevos productos mediante algunos de los mecanismos de financiación específicos que se han planteado en el capítulo tercero de este informe a esos mismos efectos.

Capítulo 1. El derecho a la protección sanitaria en España

Índice

1. La regulación internacional.....	57
2. La regulación del derecho a la protección sanitaria en España.....	61
2.1. Regulación constitucional.....	61
2.1.1. Artículos de la Constitución Española (CE) en los que se regula el derecho a la protección sanitaria en España.....	61
2.1.2. Lugar de inclusión de la referencia al derecho a la protección sanitaria dentro del texto constitucional.....	63
2.1.3. Regulación mediante desarrollo legal del derecho invocado.....	64
2.2. La regulación legal del derecho.....	64
2.2.1. Extensión personal del derecho a la protección sanitaria.....	64
2.2.2. La forma de organizar la protección sanitaria para hacer efectivo el ejercicio del derecho a la misma mediante la creación de un Servicio (Sistema) Nacional de Salud de carácter público.....	65
2.2.3. Desarrollo de la “igualdad efectiva” en el acceso universal a los servicios públicos.....	65
2.3. Modificaciones legales posteriores a la LGS de la regulación del derecho a la protección de la salud.....	68
2.3.1. Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS.....	68
2.3.2. El Real Decreto-Ley 16/2012.....	69
a) Modificaciones de la extensión personal del derecho a la protección.....	70
b) Cambios en la responsabilidad y los mecanismos de gestión del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.....	72
3. Comentarios sobre la situación actual de la regulación de la protección sanitaria en España y alternativas para su modificación.....	73
3.1. Observaciones a partir de la situación y la evolución de la cobertura sanitaria en otros países.....	73

3.2. Sobre la condición de "asegurado".....	76
3.3. Sobre los grupos poblacionales que se deben volver a incluir en la protección sanitaria "universal".....	77
3.3.1. Población general.....	77
3.3.2. La protección diferenciada de grupos específicos de población.....	79
3.3.3. La población inmigrante.....	80
3.4. La gestión de la cobertura sanitaria.....	82
3.5. ¿Un reforzamiento constitucional del derecho a la protección sanitaria?.....	83
4. Propuestas.....	85
5. Bibliografía del capítulo.....	87

1. La regulación internacional

Disponer de protección sanitaria por cualquier persona que la precise es una aspiración común subyacente al desarrollo de todos los países. Una buena expresión de ello es la inclusión de la misma entre los llamados “Objetivos del Milenio” establecidos por Naciones Unidas para los países en desarrollo.

Desde un punto de vista ético, la disponibilidad de una protección sanitaria accesible a todos tiene su raíz en la obligación social de promover de manera justa la igualdad de oportunidades, de compartir los riesgos que afectan a todos, y de mantener el mismo respeto por todas las personas, condiciones esenciales para hacer posible la vida en sociedad (1).

Sin embargo, el grado y la forma que alcanza la protección ofrecida en cada país presenta niveles muy distintos, e incluye también diferencias en el sentido colectivo (medidas de salud pública) o individual (en el sentido de la asistencia sanitaria) de la protección ofrecida en cada caso (2; 3).

Esas mismas diferencias se reflejan en distintos tratados y declaraciones internacionales que se refieren a esta cuestión:

-así, la Declaración Universal de Derechos Humanos, documento declarativo, pero no generador de compromisos, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, incluye en su artículo 25 entre los derechos económicos, sociales y culturales que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*.

-a su vez, la Carta Social Europea, vigente en el ámbito del Consejo de Europa, y cuyo cumplimiento es objeto de seguimiento e informes periódicos por el Comité Europeo de Derechos Sociales existente en el ámbito de ese organismo, incluye en su articulado el derecho a la protección de la salud (artículo 11) y el derecho a la asistencia social y médica (artículo 13), aunque limitando el compromiso en este último caso a *“1. velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguir éstos por su propio esfuerzo o de recibirlo de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de seguridad*

social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado...3.disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal y familiar...y 4.aplicar las disposiciones mencionadas en condiciones de igualdad con sus nacionales a los de las restantes Partes que se encuentren legalmente en su territorio...”.

Por su parte, el artículo 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea establece que *“toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales”.*

La inclusión de un “derecho a la salud” entre los derechos humanos más allá del derecho al acceso igualitario a la atención sanitaria (4), cuya recomendación, en términos similares a los de a declaración original, fue reiterada en 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, genera en todo caso un profundo debate entre quienes lo defienden y lo consideran un objetivo indeclinable de realización progresiva, cuya consecución depende de los recursos disponibles (5; 6; 7) y quienes, desde posiciones económicas contrarias de talante conservador, consideran que la invocación del *“derecho a la salud en los países desarrollados es una demanda de fondos que no tiene fin, desde el momento en que cualquiera puede obtener mejores niveles de salud con más atención sanitaria. De la experiencia internacional deberíamos aprender que este “derecho” desvía recursos públicos hacia los que disponen de defensores de sus intereses más efectivos políticamente, que rara vez son los que más necesitan esos recursos”* (8).

La Organización Internacional del Trabajo también acaba de presentar un informe en el que insta a avanzar hacia la protección universal de la salud (9).

El desarrollo de los sistemas de protección sanitaria de cada país no ha estado, en todo caso, a expensas de las orientaciones establecidas al respecto desde los ámbitos internacionales citados, que son más bien el resultado de la experiencia previa de los países más avanzados, sino que, a la inversa, se ha ido produciendo con arreglo a

ritmos y formas específicas en cada uno, siendo sólo una parte de ellos los que han incluido disposiciones al efecto en sus textos constitucionales respectivos.

Una limitación aún más restringida a un número muy pequeño de países, si se tiene en cuenta que los anglosajones se caracterizan por no disponer de textos constitucionales escritos.

Por otra parte, incluir en la constitución de un país el “derecho a la salud” parece de alguna manera una forma de invocar un objetivo de consecución general imposible, abocado finalmente al fracaso final. Por eso, si se incluye alguna referencia al respecto en los textos constitucionales respectivos, al menos en el ámbito de los países desarrollados, lo más habitual es hacerlo estableciendo en el texto constitucional un “derecho” genérico a obtener la protección de la salud y, ante la imposibilidad de fijar en un texto de esa naturaleza los límites personales y materiales de la protección ofrecida y la forma de organizarla, remitirse a textos legales de desarrollo específico que concretan en cada caso las diferentes opciones posibles.

Con la excepción de los Estados Unidos, cuya ausencia de servicios públicos sanitarios accesibles para la mayoría de la población constituyen una anomalía específica en el conjunto de los países desarrollados, el desarrollo de la protección en cada país se ha visto, por eso, también condicionado por la forma de organización de los servicios sanitarios que se ha ido adoptando por cada uno. De esas formas, dejando aparte las peculiaridades de la organización concreta de cada país, se han descrito dos grandes modelos: el primero de ellos, conocido como el de los Servicios Nacionales de Salud, de los que el país más característico era el Reino Unido, en los que la protección sanitaria, y en especial el derecho a la asistencia sanitaria, se asocia a la ciudadanía; el segundo, el de los Sistemas de Seguridad Social, de los que Alemania es el mejor ejemplo, y en los que el derecho a la asistencia sanitaria, ejercido a través de sistemas semipúblicos de protección (“cajas de seguro”) con frecuencia organizados por ramas de producción, se deriva de la condición de trabajador por cuenta propia o ajena.

Sólo en el caso de los primeros el derecho a la asistencia sanitaria se ha establecido con carácter universal (para toda la población) e igualitario (derecho a igual acceso a los servicios para todos); mientras que en los segundos la “universalidad” de la protección se ha ido alcanzando de manera progresiva, mediante la extensión bajo

formas diversas (y en ocasiones voluntarias) de vías de acceso a la asistencia sanitaria para los grupos de población de diferente nivel de renta que carecían de la condición laboral que sustentaba la protección, estableciendo también mecanismos progresivos para acercar el ámbito material de la protección entre “cajas de seguro” diferentes.

Por su parte, el modelo norteamericano, al margen de la existencia de sistemas públicos de protección para grupos determinados de población (*Medicare* para los jubilados; *Medicaid* para los grupos de población de menor nivel de renta; la *Veterans Health Administration* (VHA) para los soldados veteranos de guerra) vincula la protección sanitaria de la mayoría de la población (más del 50%) a los seguros privados contratados por las empresas para sus trabajadores. El sistema deja sin protección sanitaria a más del 15% de la población norteamericana, una proporción fundamentalmente constituida por los trabajadores de las empresas de menor tamaño y con menor nivel de renta, que prefieren percibir su salario "completo" antes que disponer de cobertura sanitaria; esto da lugar con frecuencia a situaciones extremas de carencia de atención sanitaria (salvo la prestada con carácter urgente, que los hospitales no pueden negar) en caso de necesidad, que han sido y son severamente criticadas como impropias de un país con su grado de desarrollo económico (10;11).

La reducción de la proporción de población sin ninguna cobertura sanitaria fue el objeto principal de la reforma llevada a cabo por el presidente Obama, aprobado en 2010. La reforma, de aplicación progresiva principalmente a partir de 2014, no supone poner en cuestión la distribución de responsabilidades en materia de cobertura sanitaria, que mayoritariamente sigue siendo responsabilidad de las empresas, a las que se han impuesto condiciones añadidas y ayudas económicas (e incluso un sistema de multas a las que no cumplan con sus obligaciones) para garantizar que las hacen efectivas. Los efectos negativos de esa forma fundamental de protección sanitaria para la mayoría de la población norteamericana, puestos en especial de manifiesto a raíz de una sentencia reciente del Tribunal Supremo que permite a algunas empresas retirar a sus trabajadores la cobertura general obligada en materias de salud sexual y reproductiva en función de las creencias religiosas de los propietarios de las primeras, ha llevado a que se comience a demandar de manera cada vez más amplia la sustitución de las responsabilidades de las empresas en este terreno, incluso con el apoyo de algunas de éstas, por la creación de un servicio público de protección

sanitaria que amplíe la protección ejercida por los sistemas públicos existentes, principalmente Medicare, u otro similar, a la totalidad de la población (12; 13;14; 15).

2. La regulación del derecho a la protección sanitaria en España

2.1. Regulación constitucional.

En el marco de las posibilidades descritas en el apartado anterior, la Constitución Española (CE) de 1978 optó por el reconocimiento del derecho a la protección sanitaria en su Título I, sobre “Derechos y deberes fundamentales”, remitiendo, sin embargo la regulación genérica del mismo al Capítulo Tercero del Título I citado, relativo a los “principios rectores de la política social y económica”, y no al Segundo, referido a los “Derechos y libertades”, en cuya Sección 1ª se hace a su vez referencia a los “derechos fundamentales y libertades públicas”.

2.1.1. Artículos de la Constitución Española (CE) en los que se regula el derecho a la protección sanitaria en España.

En relación con la regulación constitucional citada, la primera cuestión es que, cuando se considera cómo se hace referencia al derecho a la protección sanitaria en la Constitución Española (CE), el artículo de ésta que siempre se cita, habitualmente de manera única y excluyente, es el 43, apartados 1 y 2, cuyos términos fijan de manera literal que:

- “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

Por el contrario, es igualmente habitual dejar al margen la consideración de que el derecho a la asistencia sanitaria no puede derivar sólo de ese artículo, cuyo contenido, relativo a la actuación colectiva sobre la salud de los ciudadanos, la ley define tan claramente. Con ello se deja también al margen la consideración de que el derecho a la asistencia sanitaria, entendida ésta como la atención por y durante la enfermedad

individual, tiene también su raíz en el artículo 41 del mismo Capítulo tercero del Título primero de la CE (“De los derechos y deberes fundamentales”).

El texto de ese artículo establece que:

“41. Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo...”

La interpretación de este precepto no permite albergar muchas dudas: en el momento en el que se aprobó la CE el derecho a la asistencia sanitaria incluía a los trabajadores por cuenta ajena o autónomos, que lo hacían efectivo a través de distintos regímenes de Seguridad Social (en total, en aquel momento ya más del 85% de la población española), con arreglo a lo que establecía la propia Ley General de Seguridad Social (LGSS) (texto refundido aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo) en su artículo 38.1.a, sobre acción protectora de la Seguridad Social. En éste se establece que:

“1. (La) Acción protectora del sistema de Seguridad Social comprenderá:

a) La asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo”.

La vigencia de ese artículo de la LGSS, que todavía se mantiene en vigor, hizo necesario que en la propia Ley General de Sanidad (LGS), 14/1986, se hiciera referencia en buena parte de su articulado a las condiciones citadas, y a la propia Ley de Seguridad Social.

Otros argumentos que apoyan que la regulación del derecho a la asistencia sanitaria en la CE se sustenta no tanto o sólo en el artículo 43, sino también en el artículo 41 de la misma son: 1) que en el traspaso competencial a cada una de las CCAA se separó en tiempo y forma el de las competencias sanitarias propiamente dichas del de las de la asistencia sanitaria, que hasta el traspaso llevaba a cabo el INSALUD, siendo entendidas éstas como “*ejecución (gestión) de los servicios de la Seguridad Social*”; 2) que el sistema de financiación de unas y otras competencias se mantuvo separado hasta diciembre de 2001, momento en el que, a la vez que el traspaso efectivo de la gestión de la asistencia sanitaria a diez CCAA que todavía no la habían recibido, y como condición para ello, se produjo la integración de la financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica “general”.

Esa situación, y la conceptualización teórica del sistema sanitario en su conjunto como un “servicio (sistema) nacional de salud” integrador de todas las competencias sanitarias, fue produciendo en la práctica un deslizamiento progresivo en la interpretación de las competencias cedidas en el caso de la asistencia sanitaria. Tal “deslizamiento” (más bien una pirueta jurídica de interpretación cuando menos discutible) ha conducido a que en la actualidad el criterio jurídico más extendido sea que la gestión de la asistencia sanitaria, que se cedió a todas las CCAA como “*ejecución de servicios de Seguridad Social*” pasó, una vez realizado el traspaso a todas ellas, a convertirse en ejercicio de la competencia “sanidad”.

Como se explica de manera más extensa en apartados siguientes, la consecuencia principal de esa deriva es que, en la práctica, el control de la asistencia sanitaria ha quedado en manos de las CCAA, dejando al gobierno central con escasos instrumentos para garantizar el acceso igualitario a ella por parte de cualquier ciudadano español en todo el territorio del Estado, capacidad que se debería derivar de la condición de ciudadanía con la que está vinculado el derecho a la asistencia sanitaria en el texto constitucional.

En todo caso, ese deslizamiento interpretativo no tiene su base en ninguna disposición legal expresa que lo imponga que lo haga irreversible, bien sea por interpretación unívoca impuesta por los tribunales de justicia, bien por algún desarrollo legal de aplicación obligada. Por ello, se considera que para recuperar y hacer efectivas las condiciones de igualdad en el acceso previstas en la CE cabe arbitrar instrumentos de distinta naturaleza, una cuestión a la que se hace referencia en los apartados siguientes.

2.1.2. Lugar de inclusión de la referencia al derecho a la protección sanitaria dentro del texto constitucional.

Una segunda cuestión tiene relación con el lugar de inclusión de la referencia al derecho a la protección sanitaria dentro del texto constitucional: de resultas de que tanto el artículo 41 como el 43 de la CE en los que se encuentra recogido ese derecho se encuentran incluidos en el Capítulo Tercero, y no en la sección primera del Segundo, del Título I del texto constitucional, se derivan a su vez dos limitaciones para la regulación y el ejercicio del mismo:

-en primer lugar, que el desarrollo legal previsto no debe ni puede hacerse mediante Ley “orgánica”, una forma de legislar que otorga mayores garantías de estabilidad a cualquier disposición que tenga ese carácter por las mayorías y procedimientos necesarios para su elaboración.

-en segundo lugar, que no cabe el recurso de amparo al Tribunal Constitucional si se produce una supuesta vulneración en el ejercicio del derecho, que debe atenerse en todo caso a lo dispuesto en las leyes que regulan su desarrollo, y remitirse en su caso a su valoración por los tribunales ordinarios correspondientes.

2.1.3. Regulación mediante desarrollo legal del derecho invocado.

La tercera cuestión de la regulación constitucional a destacar es que en la misma se prevé, con arreglo a los patrones existentes en otros países, una regulación mediante desarrollo legal del derecho invocado. Desarrollo que se hizo efectivo mediante la Ley 14/1986, General de Sanidad, en la que se regulan de manera expresa las condiciones del ejercicio del derecho, así como el ámbito personal de la protección ofrecida.

2.2. La regulación legal del derecho.

El desarrollo legal del derecho a la protección sanitaria previsto en los artículos constitucionales citados se hizo efectivo con años de retraso mediante la Ley 14/1986, general de Sanidad. De la misma cabe destacar:

2.2.1. Extensión personal del derecho a la protección sanitaria.

En cuanto a la extensión personal del derecho a la protección sanitaria, la Ley llevó a cabo la “universalización” formal del derecho a la protección sanitaria, al establecer en su artículo 1 que:

“1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3. *Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.*

4. *Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo”.*

2.2.2. La forma de organizar la protección sanitaria para hacer efectivo el ejercicio del derecho a la misma mediante la creación de un Servicio (Sistema) Nacional de Salud de carácter público.

En cuanto a la forma de organizar la protección sanitaria para hacer efectivo el ejercicio del derecho a la misma, la Ley optó por la creación de un Servicio (Sistema, como conjunto de servicios autonómicos) Nacional de Salud de carácter público, al que debería poder acceder en condiciones de igualdad “efectiva” (artículo 3.2) cualquier ciudadano que, con arreglo a las condiciones previamente indicadas, tenga derecho a la protección.

Por su parte, el carácter "universal" del servicio creado se ratifica en el artículo 46 de la misma ley:

"Artículo 46. Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

a) La extensión de sus servicios a toda la población.

...c) la coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único..."

La definición del sistema como tal conllevó el descarte de otras opciones posibles (un sistema de Seguridad Social con cajas de seguro y proveedores distintos; o la subvención económica mediante cheque o “ticket moderador” de la asistencia sanitaria que cada ciudadano se buscara)

2.2.3. Desarrollo de la “igualdad efectiva” en el acceso universal a los servicios públicos.

En cuanto a la “igualdad efectiva” en el acceso universal a los servicios públicos marcada por la Ley, la misma debería haber conllevado la homologación de los instrumentos y extensión de la protección sanitaria que se ejercía desde antes de aquella por los distintos regímenes de Seguridad Social (y otros sistemas específicos

para determinados colectivos) existentes, que en el momento de promulgarse la LGS cubrían entre todos a cerca del 96 % de la población española.

La LGS previó la unificación de esas formas de protección en una sola, agrupación que debía hacerse homologando esos distintos sistemas de protección al llamado “régimen general” de la Seguridad Social, e incluso integrando en el mismo la protección sanitaria de los grupos de población que disponían de sistemas específicos de protección.

La regulación de esos procesos de homologación y unificación en la LGS estuvo, sin embargo, sometida a la inclusión en la propia LGS de numerosas disposiciones “transitorias” y el establecimiento de plazos diferentes para llevarlos a cabo, plazos que, por otra parte, han sido ampliamente incumplidos en buena parte de los casos. Lo que ha dado lugar como ejemplo más extremo a que en la Ley 32/2011, general de salud pública, promulgada por el PSOE en el último mes de su mandato más reciente (octubre de 2011), y mediante la disposición adicional sexta, apartado 2 de la misma, ajena por completo al contenido de la propia Ley, se consolidase la situación de los regímenes específicos correspondientes gestionados por las mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) que *"mantendrán su régimen jurídico específico"*, sin exigir siquiera para ello ningún proceso de homologación de las prestaciones y servicios que cubren, ni, menos aún, de las condiciones de su gestión. Ésta, realizada por los organismos gestores de cada Mutualidad, incluye el derecho (no definido como tal, pero ejercido en la práctica) por parte de los colectivos incluidos en cada una de ellas a optar por recibir la atención a través de las instituciones y servicios del SNS, o bien obtener la atención sanitaria a través de compañías de seguro privadas concertadas al efecto, en condiciones de cambio posible de la opción al menos con carácter anual, y restricciones (y mecanismos de “recontratación” de la cobertura con el SNS para determinados grupos de población por las aseguradoras privadas) según el lugar de residencia.

Los resultados del mantenimiento de esas formas distintas de proporcionar la asistencia sanitaria a distintos grupos de ciudadanos tienen diversos aspectos:

-el primero es el mantenimiento de niveles y ámbitos materiales de protección diferentes para colectivos distintos (la parte más importante de estas diferencias es la que existe en el acceso a la asistencia sanitaria especializada, la más costosa y la más demandada, a la que unos u otros sistemas organizativos establecidos de manera distinta para colectivos concretos facilita el acceso a la atención a través de los medios

privados, evitando las listas de espera, que son uno de los aspectos más criticados del SNS).

-el segundo, la exclusión del ámbito general de protección sanitaria realizada a través de las instituciones y centros del SNS de la mayoría de los grupos de población que tendrían mayor capacidad teórica para demandar cambios en la organización y la extensión de la protección sanitaria. Esta situación hipoteca las posibilidades de que las reformas y los cambios en el sistema sanitario ocupen el lugar de prioridad en el calendario político real de todos los partidos que les deberían corresponder conforme al interés de estas políticas para la mayoría de la población.

-el tercero, que para los sistemas y regímenes especiales de protección de colectivos específicos al margen del “régimen general” del SNS, la misma es gestionada por órganos rectores distintos de los que gobiernan éste, en muchos casos dependientes de departamentos ministeriales diferentes al que ejerce las competencias sanitarias y, por el contrario, habitualmente los mismos de los que dependen los grupos y colectivos incluidos en esos sistemas específicos de protección

La situación tiene no sólo consecuencias en la generación de niveles y grados de protección sanitaria distintos, sino también de carácter económico y ruptura de las economías de escala que se derivarían de una utilización universal de los recursos. A estos efectos no parece excesivo suponer que, con las excepciones puntuales que pudiera ser necesario corregir, con una buena gestión de los recursos del SNS sería posible atender a toda la población de estos colectivos, residente en la mayoría de las CCAA. Y que la adición de la población residente en cada una de ellas que en el momento actual recibe la atención a través de otros sistemas específicos, públicos o privados, a la que ya atiende con medios propios el SNS, no supondría que en general se pudieran plantear problemas previsibles de imposible solución.

Por otra parte, la inclusión de toda la población en un único sistema de atención debería tener desde el punto de vista presupuestario la consecuencia de que al menos una parte de la cuantía dedicada a la atención exclusiva de determinados grupos de población específicos pasase a hacerse efectiva a través de los presupuestos del SNS para la atención de la totalidad de la población (una consecuencia que hasta ahora no se ha producido cuando, en ocasiones concretas, se ha añadido la protección de determinados grupos de población específicos al SNS, entre ellas cuando la atención de los “cupos” de beneficencia municipal y provincial se incluyó en la atención del SNS).

La viabilidad económica de estos sistemas de protección diferenciados está, por otra parte, por sus propias características económicas citadas, cada vez más puesta en cuestión. Ello ha dado lugar en los períodos más recientes a recortes específicos en las prestaciones que ofrecen; lo que ocurre a la vez que han quedado excluidos de los recortes más importantes (por ejemplo, el aumento de los copagos farmacéuticos) aplicados a partir del Real Decreto-Ley 16/2012 en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Por contraste, estos sistemas específicos constituyen para las aseguradoras privadas que participan en su gestión el modelo a imitar y generalizar para garantizar la protección al conjunto de la población. Algo que, por su propia naturaleza y por sus costes, además de por las limitaciones territoriales de que adolece la red de atención sanitaria privada en España, resulta un horizonte de imposible realización.

La pervivencia de estos sistemas de protección diferenciados resulta, por eso, de hecho sólo posible por la defensa de los intereses particulares de los colectivos afectados que ha venido realizando el personal de los propios colectivos al que se ha encargado de su gestión a los niveles más altos (normalmente una Dirección General) bajo todos los gobiernos democráticos habidos hasta ahora. Lo que ha venido ocurriendo con la tolerancia, o incluso el impulso de los propios gobiernos respectivos, sin que hasta ahora ninguno de ellos haya querido plantear ni asumir los costes en términos electorales y políticos que pudiera suponer la integración, progresivos o inmediatos, de estos sistemas de protección específicos en el SNS.

2.3. Modificaciones legales posteriores a la LGS de la regulación del derecho a la protección de la salud.

2.3.1. Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS.

Esta norma introdujo un **cambio, más formal que de contenido, en la regulación de la extensión personal del derecho a la protección de la salud** establecida en el artículo 1 de la LGS, en especial con el fin de adaptarla a los términos a la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su protección social. Como novedad añadida, en el artículo 3 de la nueva norma se hace referencia separada a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria. Los términos del artículo 3 citado de esta norma son los siguientes:

"Artículo 3. Titulares de los derechos.

1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:

a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.

b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos".

2.3.2. El Real Decreto-Ley 16/2012.

Al revés de lo indicado para la Ley 16/2003, esta norma, adoptada según su propio título "*para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*", constituyó una modificación fundamental de la regulación realizada hasta su entrada en vigor del ejercicio del derecho a la protección sanitaria en España.

Las razones para incluir la modificación de las condiciones en que estaba regulada esta cuestión hasta entonces están descritas en el preámbulo de la nueva norma en los siguientes términos:

"...a la vista de los informes emitidos por el Tribunal de Cuentas, resulta imprescindible regular, sin más demora, la condición de asegurado con el fin de evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud...

... el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo no ha transpuesto el artículo 7 de la Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, en sus términos literales. Esta circunstancia ha supuesto, y seguirá suponiendo si no se modifica, un grave perjuicio económico para España, especialmente en cuanto a la imposibilidad de garantizar los retornos de los gastos ocasionados por la prestación de servicios sanitarios y sociales a ciudadanos europeos.

El Tribunal de Cuentas ha puesto de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud está asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tienen ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados, lo cual está erosionando enormemente su capacidad financiera e impidiendo que sus gestores puedan seguir realizando mejoras en los servicios. Se impone, pues, una clarificación armonizada de la condición de asegurado, a efectos de la prestación de servicios sanitarios y socio sanitarios, de tal forma que ésta quede vinculada de forma efectiva a la financiación por impuestos y al carácter de solidaridad social que el esquema progresivo de los mismos tiene en nuestro país.

Y es, precisamente, esta materia la que se encuentra regulada en el Capítulo I de este real decreto-ley, donde se regula la condición de asegurado, en su Disposición final tercera, por la que se modifica el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, precepto que no tiene naturaleza orgánica según establece la disposición final cuarta de dicha ley, así como en su Disposición final quinta en la que se modifica el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero".

Merece la pena reproducir aquí los términos citados porque la nueva regulación del derecho a la protección sanitaria que se estableció en el Real Decreto-Ley excede con creces el ámbito de las razones aducidas para cambiar la situación de esta cuestión, modificando aspectos claves de la misma, que, por su complejidad, y para facilitar su comprensión, se reproducen a continuación de manera literal. Los aspectos modificados de la regulación del derecho a la protección sanitaria afectan:

a) Modificaciones de la extensión personal del derecho a la protección.

En primer lugar, a la extensión personal del derecho a la protección, que la nueva norma reserva a la condición de "asegurado", que en el apartado Uno del artículo 1 del Real Decreto-Ley, que viene a sustituir la redacción del artículo 3 de la Ley 16/2003, define en los siguientes términos:

"1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

6. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades...".

Con posterioridad, la Ley 22/2013, de Presupuestos Generales del Estado para 2014, añadió, por su disposición transitoria décimo primera, a las restricciones citadas la exigencia de la residencia en España para que se reconociese como población “asegurada” a quienes hayan agotado la prestación de desempleo. La forma de aplicación de esta disposición permite, sin embargo, limitar temporalmente sus efectos en el ámbito de algunas de las Mutualidades de funcionarios (MUFACE; ISFAS), que se rigen por su propios reglamentos (por otra parte modificados en la misma Ley de presupuestos), con el efecto indirecto de facilitar de la afiliación como beneficiario de un mutualista de quien hubiera agotado la prestación por desempleo en el régimen general; una vía que, a su vez, a las desigualdades en la prestación ofrecida a los que obtienen la protección por este sistema, suma así la posibilidad de incrementar los cupos personales de las aseguradoras privadas que le prestan sus servicios

Por su parte, en el apartado Tres del artículo 1 del Real Decreto-Ley se establece que:

"Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

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

b) Cambios en la responsabilidad y los mecanismos de gestión del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

En segundo lugar, a la responsabilidad y los mecanismos de gestión del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, que mediante el apartado Dos del artículo 1 del RD-Ley 16/2012 regula indicando que *"1. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina a través de sus direcciones provinciales, y se hará de forma automática en los supuestos previstos en el apartado 2 del artículo 3 de esta ley".*

3. Comentarios sobre la situación actual de la regulación de la protección sanitaria en España y alternativas para su modificación.

3.1. Observaciones a partir de la situación y la evolución de la cobertura sanitaria en otros países.

En los países desarrollados disponemos de pocas evidencias científicamente valoradas, más allá de las apreciaciones generales no dotadas de soporte científico adecuado, de los efectos generales y específicamente sanitarios de carecer de protección sanitaria y de acceso a los servicios de asistencia sanitaria. La razón de esa carencia es que en ese grupo de países, al que pertenecemos, son raras los casos de población no inmigrante que carece de un cierto nivel de protección sanitaria y está privado de acceder de manera ordinaria a los servicios de esta clase de asistencia.

Por las razones que se han indicado más arriba, esas situaciones sólo se dan para grupos significativos de población en los Estados Unidos, donde, antes de que se pusiera en marcha la reforma llevada a cabo por el presidente Obama, aprobada por la Ley llamada *Affordable Care Act* (ACA), afectaba a más del 15% de la población. Allí, los estudios llevados a cabo para conocer de manera rigurosa algunos efectos sanitarios específicos de esa situación no eran muy abundantes, aunque apuntaban de manera cierta a un exceso de mortalidad global atribuible a la misma, estimado en más de 18.000 muertes anuales (16).

La puesta en marcha de la reforma señalada ha dado lugar, sin embargo, a un aumento del interés por los efectos específicamente sanitarios de ampliar la cobertura sanitaria a los grupos de población que carecían de ella. Esta cuestión se ha convertido en motivo de controversia entre los que la apoyan y quienes, en relación más o menos directa con las posiciones del Partido Republicano, que está haciendo todos los intentos posibles por dificultar el desarrollo y aplicación de la norma citada, se opone a ella.

Algunos artículos de prensa (17) y algunos estudios realizados sobre esos efectos comenzaron por cuestionar los resultados de los estudios previos, sugiriendo que *“había pocas evidencias sugestivas de que extender la cobertura sanitaria a todos los adultos norteamericanos fuera a tener efectos importantes sobre la mortalidad*

*general en los Estados Unidos” (18). En 2013, tres años después de iniciada la reforma, una publicación médica tan prestigiosa como es el *New England Journal of Medicine* (NEJM) publicaba un artículo sobre los efectos de la ampliación de la cobertura sanitaria en el Estado de Oregón mediante la extensión de Medicaid, el sistema sanitario que atiende a la población sin recursos, que se había iniciado en 2008, dos años antes de la puesta en marcha de la reforma Obama. En el trabajo se concluía que “en los dos años que habían sido objeto del estudio se apreciaban mejoras significativas en los resultados sanitarios de la ampliación de la cobertura sanitaria a través de Medicaid, aunque se había producido un incremento del uso de los servicios sanitarios, habían aumentado los índices de detección y tratamiento de casos de diabetes, tasas más bajas de casos de depresión, y se había reducido, y casi eliminado el número de casos de quiebras económicas familiares debidas a gastos sanitarios” (19).*

Que la cuestión en los Estados Unidos sigue siendo polémica lo demuestra que, en fechas recientes, otra revista médica de prestigio, *Annals of Internal Medicine*, ha publicado un nuevo artículo en el que se ponen en evidencia los efectos en términos de reducción de la mortalidad de la reforma llevada a cabo en Massachussets, cuando era gobernador de aquel Estado Mitt Romney, el último competidor republicano por la presidencia con Obama, una reforma consistente en la ampliación de la cobertura sanitaria por vías similares a las establecidas en la ACA (20; 21; 22).

Que se mantenga esa polémica allí, y que los sectores más conservadores de su sociedad, por otra parte con gran capacidad de influencia, sigan poniendo en cuestión, en términos sobre todo de utilidad y eficiencia, y menos en términos de justicia y ejercicio de derechos reconocidos, la cobertura sanitaria universal de sus ciudadanos, sea cual sea la forma que adopte, no significa que sobre esa cuestión existan dudas en ningún otro país desarrollado, e incluso que ese objetivo se cifre como uno de los instrumentos más eficaces para mejorar la economía, a la vez que las condiciones de vida, también las de los países en desarrollo. Así lo demuestra la resolución adoptada al respecto por la Asamblea General de Naciones Unidas en Diciembre de 2012 (23; 24; 25; 26; 27), aprobada también por los Estados Unidos (28), a la que siguió el informe de la Organización Mundial de la Salud de 2013 (29), estimulando la investigación sobre los instrumentos y medios necesarios para alcanzar cuanto antes el objetivo de la cobertura sanitaria universal; una cuestión que, por otra parte, había sido ya objeto de análisis previo en el informe de la Organización en 2010 (30),

centrado en este caso en los instrumentos financieros necesarios para alcanzar ese mismo objetivo.

Por su parte, la crisis económica, de origen fundamentalmente financiero, que vivimos, cuyos efectos se han hecho sentir en especial en los países del sur de Europa, no ha puesto en cuestión en ningún otro país que no sea el nuestro la cobertura sanitaria de la mayoría de la población, que incluso algunos de ellos han expandido, para proteger a los grupos más vulnerables (31; 32). Por el contrario, superadas las posibilidades de afrontar la reducción del gasto sólo con medidas dirigidas a mejorar la eficiencia en el funcionamiento de los sistemas sanitarios respectivos, los importantes recortes económicos en la financiación sanitaria que se han impuesto en algunos países se han centrado principalmente la reducción de las prestaciones cubiertas con financiación pública y el aumento de las aportaciones de los usuarios, sea por el uso de los servicios o en la compra de los productos, principalmente los farmacéuticos, utilizados.

Los efectos de estas medidas en forma de deterioro de la salud de las poblaciones respectivas, especialmente en aquellos países en los que los recortes han sido más intensos, como Grecia, empiezan a percibirse (33), aunque esos efectos sobre la salud sean probablemente mejor observables tras plazos más amplios (34). Pero lo que es en todo caso específico de nuestro país es que esas medidas hayan venido acompañadas de otras dirigidas a alterar sustancialmente, sin considerar sus posibles efectos añadidos, la situación y los mecanismos de la protección sanitaria. Por otra parte, algunas de las medidas en esa línea adoptadas aquí, principalmente en el Real Decreto-Ley 16/2012, lo han sido haciendo caso omiso de las advertencias realizadas desde ámbitos europeos de que, 1) imponer restricciones a la cobertura sanitaria pública de los grupos de población de mayor nivel de renta puede llevar a una reducción significativa del gasto público en sanidad que, en vez de mejorar la presión fiscal sobre los servicios públicos, la empeora más aún, y 2) que la presión fiscal sobre éstos empeora también por la segmentación de los sistemas públicos de protección, lo que conduce a concentrar la atención y la pertenencia al servicio público más general en las personas de mayor edad, más pobres y más enfermas, y en las que tienen personas dependientes, grupos que no contribuyen fiscalmente, o que lo hacen en menor proporción, al sostenimiento económico del sistema, lo que conduce a su deterioro (35).

Por su parte, la protección sanitaria universal vinculada a la ciudadanía tiene otros efectos en términos de cohesión social, como expresión de lo que debe ser una “sociedad justa”, y reducción de las desigualdades, incluso las económicas, que superan los efectos exclusivamente sanitarios de la medida, que hacen que sea urgente recuperar la situación anterior a la reducción que ha tenido lugar aquí.

Esa reducción en términos poblacionales de la protección sanitaria en España (que es evidente pese a las afirmaciones reiteradas en sentido contrario de los gobernantes del PP (36)) es principalmente la consecuencia de las modificaciones en los mecanismos reguladores introducidas por el RD-Ley 16/2012, el cual, sobre la base de una justificación que no alcanza a la mayoría de los cambios introducidos por la propia norma, modificó de manera sustantiva la situación anterior. La misma norma confirmó de manera expresa cuantos aspectos limitaban hasta su promulgación las condiciones de universalidad e igualdad de la protección sanitaria en España que se debían haber alcanzado como consecuencia de la regulación constitucional de la misma, como derecho vinculado a la condición de ciudadanía española.

Por todo ello, en los apartados siguientes se hace referencia expresa a cada una de las regulaciones establecidas por el Real Decreto-Ley que sería necesario cambiar, y en qué sentido hacerlo, si se quieren recuperar y completar las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria en España para hacerlas más acordes con la regulación constitucional de este ámbito concreto de protección, y con las tendencias que existen en todos los países a lograr convertirla en un derecho universal. .

3.2. Sobre la condición de "asegurado".

El término, adoptado por el Real Decreto-Ley para definir el ámbito de la población con derecho a la asistencia sanitaria (no tanto a la protección ejercida de manera colectiva por los servicios de salud pública), está tomado de las regulaciones europeas al respecto. Éstas, de manera similar a lo establecido por la Carta Social Europea, citada más arriba, y por los convenios entre países para garantizar la cobertura de la asistencia sanitaria en los desplazamientos de los ciudadanos entre países europeos distintos a los de su propia nacionalidad, sustentan ese derecho en la existencia de sistemas de seguridad social en cada país que garanticen su ejercicio.

Ese criterio no se limita, sin embargo, a los sistemas de seguridad social de naturaleza contributiva o vinculada a la existencia de una relación laboral que cubren en algunos países el ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria sino, por el contrario, también

a los de aquellos países, como el Reino Unido, en los que la cobertura sanitaria tiene el carácter de prestación universal, formando parte del sistema general de seguridad social que Lord Beveridge definió allí, y que ha servido de modelo a otros países, incluido el nuestro.

En España, esa distinción entre prestaciones contributivas y no contributivas o universales tuvo lugar en el marco del Pacto de Toledo por Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social, sin que ni siquiera como consecuencia del posterior cambio del mecanismo de financiación sanitaria que ello conllevó, según el cual la atención sanitaria pasó a financiarse por completo con impuestos generales y no con cotizaciones sociales, las prestaciones no contributivas, entre ellas las sanitarias, perdieran la condición de prestación universal del sistema de Seguridad Social.

Como consecuencia de todo ello, para recuperar el carácter universal de la protección sanitaria en España no se precisa modificar el término de población "asegurada", que por otra parte facilita la relación y el intercambio de mecanismos de protección entre países europeos. Por el contrario lo que sí se precisa para ese fin es cambiar los supuestos que definen la condición de "asegurado", recuperando el criterio de que este concepto incluye a todos los ciudadanos españoles por el hecho de serlo, y a todas aquellas situaciones que para ejercer este derecho concreto se quieran homologar a esta condición.

3.3. Sobre los grupos poblacionales que se deben volver a incluir en la protección sanitaria "universal".

3.3.1. Población general.

La "relaboralización" del derecho a la protección sanitaria que ha llevado a cabo el Real Decreto-Ley 16/2012 constituye un retroceso sin justificación alguna a la situación que se daba durante la dictadura, que fue el punto de partida para la universalización de la cobertura sanitaria que llevó a cabo, aunque de manera imperfecta la LGS, mediante la creación del SNS.

Al margen de la ruptura de los mecanismos de cohesión social y de corrección de desigualdades que ello supone, pretender vincular la protección sanitaria a la condición de trabajador, sea por cuenta propia o ajena, es una decisión contradictoria

por completo con los elevados niveles de paro que afectan a nuestro país, por otra parte de difícil solución en un horizonte razonable.

Por su parte, excluir de la protección sanitaria "universal", sostenida con impuestos, a determinados grupos de población en función de un nivel de renta más elevado constituye un mecanismo cierto de socavar las bases fiscales del SNS, que se vería así progresivamente abocado a ser un "servicio para pobres", sin mejorar por eso, sino al contrario, la eficiencia de su funcionamiento. Ésta está en buena parte basada en las economías de escala y el uso común de recursos disponibles para toda la población, cuya reducción, por los costes fijos que conlleva su mantenimiento, no sería posible en términos reales aunque determinados grupos sociales pretendieran renunciar a su utilización.

Esa misma contradicción afectaría a la aceptación de las demandas que se efectúan desde ciertos ámbitos empresariales y de las compañías de seguro privadas para potenciar y aumentar la desgravación fiscal de las empresas que contraten pólizas privadas de seguro para sus trabajadores, incluyendo las mismas en el ámbito de la negociación colectiva realizada en aquéllas.

Una posición similar dio origen en los años 50 de la década pasada, mientras se creaban servicios públicos de salud en los restantes países desarrollados, a la situación de la protección sanitaria en los Estados Unidos que se ha descrito más arriba, en la que persisten desigualdades sostenidas hasta ahora en la protección sanitaria de distintos grupos de población. Esas desigualdades ofrecen grandes resistencias para su resolución, pese a que ahora, en una situación económica diferente, haya grupos significativos de empresas y numerosos expertos, como se ha indicado más arriba, que estén demandando la sustitución de ese sistema por un sistema público que garantice la cobertura sanitaria a toda la población.

Sería, por eso, paradójico que un país como el nuestro, que dispone de un sistema público sanitario acreditado el cual, pese a sus dificultades actuales, constituye la mejor garantía de una protección sanitaria de calidad para la mayoría de la población, optara por iniciar una senda que sólo puede conducir a su deterioro progresivo y, en último término, a su destrucción como tal, en lugar de reforzar los mecanismos organizativos y económicos que le proporcionan sus ventajas.

3.3.2. La protección diferenciada de grupos específicos de población.

Como se ha indicado más arriba, las organizaciones más características de formas diferenciadas de protección para determinados grupos de población son las Mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Sin embargo, existen también otros grupos de población, en general relacionados con el desempeño de determinadas profesiones o actividades, que, a semejanza de lo que ocurre en el caso de la Mutualidades citadas, permiten en general el acceso a la atención privada con financiación pública. Entre ellas se encuentran los periodistas; también los abogados hasta la promulgación de la Ley 33/2011, general de salud pública. Por su parte, los diputados y senadores, así como los miembros de los parlamentos autonómicos, tienen establecidos sistemas específicos de protección con formas diferenciadas de cobertura si al acceder a esos cargos no disponen de otra vía de acceso al sistema general de protección.

Los efectos de la persistencia de esas formas diferenciadas de protección se han descrito más arriba, y pueden resumirse globalmente en la posibilidad de sortear por unas u otras vías y de manera desigual respecto al resto de la población los inconvenientes más importantes derivados del carácter universal de la protección sanitaria hecha efectiva a través de los medios del SNS, constituido precisamente con ese fin universalizador.

Por esos mismos efectos, esas formas diferenciadas de protección se han convertido en la referencia, por otra parte estimulada ampliamente desde medios privados, de la forma de protección más deseable para quienes sufren los problemas, en forma de listas de espera, o dificultades de acceso a las prestaciones más novedosas o costosas, derivados de las limitaciones y deficiencias en el funcionamiento del sistema general de protección. A la vez, se da la paradoja de que aquellos grupos sociales que tienen mayor capacidad de promover la solución de esos problemas, entre ellos los representantes políticos, o los miembros de los cuerpos de élite de las administraciones públicas, y los de profesiones con mayor capacidad de influencia en la formación de opinión, están excluidos de la vivencia personal de esos problemas, restándoles con ello una parte importante de los incentivos razonables que reciben para afrontar y promover su solución.

Por otra parte, en el mantenimiento de esas formas diferenciadas de protección se están haciendo cada vez más evidentes problemas crecientes de sostenibilidad económica de los mismos, que se vienen a sumar a la evidencias de inequidad

y falta de ejemplaridad de su persistencia, en sentido contrario a lo que es necesario en un sistema democrático.

A la vez que todo ello son igualmente evidentes las razones económicas y de limitaciones y desigualdades territoriales en la distribución de los medios privados disponibles que hacen imposible como alternativa la generalización de las posibilidades de opción estable, u ocasionalmente intercambiable, entre recibir la atención sanitaria en el sistema público o hacerlo a través de los medios privados.

En esa situación, la desaparición de esas formas diferenciadas de protección, prevista ya en la LGS en 1986, pero contradicha en 2011 con la Ley general de salud pública, contradicción reiterada por lo dispuesto en el apartado Uno.6 del artículo 1 del RD-Ley 16/2012 citado más arriba, parece la única opción de futuro compatible con la igualdad en el ejercicio del derecho a la protección sanitaria previsto en la CE.

Por su parte, el resultado final de la homologación efectiva y la integración efectiva de todas los sistemas diferenciados de protección en el SNS, conforme a lo previsto en el artículo 46 de la LGS, se puede ver facilitado por el paso intermedio que supondría someter la gestión de aquéllos a la gestión general y el control del mismo Departamento ministerial, el de Sanidad, que es responsable último de la gestión del SNS. A esta cuestión se refiere de manera específica un apartado posterior de este informe.

3.3.3. La población inmigrante.

El efecto negativo del RD-Ley 16/2012 relativo al ejercicio del derecho a la atención sanitaria que ha recibido más atención por parte de diferentes colectivos y organizaciones y, en todo caso, por parte de los medios de comunicación, ha sido el de la restricción de la asistencia sanitaria a los inmigrantes ilegales ("*los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España*", en términos de lo dispuesto en el apartado tres del artículo 1 del RD-Ley 16/2012, citado más arriba), y otros grupos excluidos sociales (37).

La regulación de esta cuestión efectuada en la norma citada excede de manera notoria el conjunto de las razones utilizadas de manera expresa en la introducción del propio RD-Ley para justificar la modificación de las condiciones para tener acceso a la asistencia sanitaria en España. En esa introducción, tales razones se ponen en relación con los excesos de atención no facturable supuestamente prestados a ciudadanos de otros países europeos; una cuestión a la que, por otra parte, se había tratado ya de dar

solución con la Directiva 2011/24/UE, por la que se establecían normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, que se ha trasladado al ordenamiento jurídico español mediante el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero.

Por el contrario, no hay referencia alguna en la introducción del RD-Ley 16/2012 a que siquiera una parte de los problemas de sostenibilidad económica del sistema sanitario sea causada por la población inmigrante (una invocación, por otra parte, difícil de sostener frente a los estudios de la Unión Europea que desacreditan de manera taxativa que los problemas de sostenibilidad de distintos sistemas sanitarios europeos, incluido el español, se puedan deber a la atención sanitaria prestada a esos grupos de población (38). Pese a lo cual, una parte significativa de las medidas contenidas en la norma van dirigidas a recortar en los términos citados la protección sanitaria de esos grupos de población, en una maniobra que parece pretende convertir a estos grupos, siguiendo patrones populistas bien conocidos, en chivo expiatorio de problemas con cuyo origen no tienen ninguna relación.

En esa línea, diferentes estudios realizados después de que se pusiera en vigor esa medida arbitraria han permitido conocer que, en contra de lo difundido desde algunos ámbitos para justificar las restricciones en la protección sanitaria de esos grupos, la frecuentación de los servicios sanitarios por parte de los mismos, tanto a nivel primario como en la atención hospitalaria, no sólo no son más elevados sino que, por el contrario, son más reducidos que los que les corresponderían conforme a su proporción poblacional y otras características de su composición (39).

En otros casos, en situaciones concretas de situaciones de enfermedad que han afectado a personas de estos colectivos se han puesto también de relieve las consecuencias negativas, tanto en términos de protección de la salud colectiva de la población y del control de enfermedades transmisibles como en términos económicos resultantes de ellos, que se pueden derivar de excluir a estos grupos de población de la atención sanitaria universal. Esa exclusión los convierte en focos y vectores potenciales de problemas de salud para el conjunto de la población (40; 41); una situación que, por otra parte, no cabe resolver, como ha pretendido el gobierno del PP, con el recurso a la Ley orgánica 3/1986, de medidas especiales en materia de salud pública, prevista sólo para situaciones de excepción sanitaria, y no para el desarrollo ordinario de medidas habituales y continuadas de protección.

Por otra parte, la reducción de la proporción de la población emigrante que se está produciendo en los últimos meses, principalmente como consecuencia de un patrón

acelerado de retorno a sus países de origen, consecuencia a su vez del deterioro prolongado de la situación económica y sobre todo el empleo en nuestro país, confluye con las razones anteriores para considerar que la situación derivada de las restricciones establecidas para la atención sanitaria de estos grupos en el Real Decreto-Ley 16/2012 debe ser derogada de inmediato, para volver a la regulación anterior a esta norma. Esa regulación anterior, establecida en el artículo 12 de la ley orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, además de prever otras situaciones peculiares que generaban el derecho a determinados tipos de atención, vinculaba básicamente el derecho a la asistencia sanitaria a la inscripción en el padrón del municipio de residencia.

Una regulación similar a la citada en todos sus extremos serviría para resolver, si no la totalidad de los problemas que el Real Decreto-Ley ha generado en este aspecto, sí la mayoría de ellos. El único matiz que habría que añadir a esta propuesta es que la misma no debe desvincularse y hacerse independiente de las medidas que se deben adoptar para recuperar el carácter universal e igualitario de la protección sanitaria para los ciudadanos españoles, pues sólo la disponibilidad y sostenibilidad de un sistema sanitario de esas características es el que puede permitir que la población de origen inmigrante en nuestro país pueda acceder a los mismos niveles de atención que aquéllos, contribuyendo con ello a evitar su marginación .

3.4. La gestión de la cobertura sanitaria.

La dependencia de la gestión sanitaria de ministerios y órganos distintos a los sanitarios se extiende de manera especialmente contradictoria al ejercicio del reconocimiento del derecho “universal” a la protección sanitaria. Desde la promulgación del RD-Ley 16/2012 este trámite se lleva a cabo de manera expresa por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo, que es a su vez también el gestor de las prestaciones contributivas del sistema de Seguridad Social, “laboralizando” de nuevo con ello la protección sanitaria, que es, según la propia legislación en vigor, una prestación no contributiva y universal.

Ni por el Departamento citado ni por el de Sanidad se llevan siquiera a cabo valoraciones y cruces regulares de relaciones de personal cubierto por distintos regímenes para detectar posibles duplicaciones en la cobertura de los diferentes sistemas de protección existentes. Se trata de una situación que, según indicios obtenidos de manera ocasional, y pese a la incompatibilidad legal establecida entre la

pertenencia por una u otra vía (titular o beneficiario) entre ambos regímenes, cabe suponer que puede tener una extensión valorable en tanto el derecho a la protección sanitaria no se vincule a la mera condición de ciudadanía, y se reconozca de manera efectiva ese derecho a través de mecanismos que acrediten ésta, como puede ser el DNI, o una tarjeta sanitaria universal específica, como la que existe en otros países dotados de servicios nacionales de salud.

La constitución de una única base de datos de toda la población con derecho a la asistencia sanitaria que radique en el Ministerio de Sanidad debe ser, por su parte, el instrumento que permita el reconocimiento de ese derecho como universal y sin ninguna condición añadida a la de ciudadanía, incluyendo en esa base de datos también a todas aquellas situaciones que legalmente se consideren homologables a la misma.

3.5. ¿Un reforzamiento constitucional del derecho a la protección sanitaria?.

De los análisis realizados en los apartados anteriores se puede deducir que la manera más efectiva de recuperar las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria, y en particular de la asistencia sanitaria, en España consiste en adoptar diferentes disposiciones de rango legal que reviertan los efectos más negativos en este sentido del Real Decreto-Ley 16/2012, que ha sido la fuente principal de deterioro de esas condiciones. Las nuevas normas deben también permitir también superar las limitaciones en términos de desigualdad de la protección que un desarrollo inadecuado de las previsiones originales contenidas en la LGS respecto a esta cuestión venía produciendo, con amplio apoyo político de todos los gobiernos democráticos que ha habido hasta ahora, antes de la promulgación por el PP de la norma citada.

La razón para justificar esa posición es que, a semejanza de lo ocurrido en otros países, han sido las normas de rango legal que se han ido produciendo por los gobiernos sucesivos las que han desarrollado la regulación más precisa de la extensión personal de la cobertura sanitaria en nuestro país, y las que han llevado a cabo la configuración de los instrumentos, principalmente el Sistema Nacional de Salud, con los que hacer efectivas sus condiciones universales e igualitarias.

“Blindar” esas condiciones de la protección sanitaria en España, como se ha reclamado desde algunos sectores de opinión, consiste, por eso, ante todo, una vez se haya recuperado de nuevo el ámbito personal universal de la protección, en dotar al SNS de las condiciones económicas y los recursos necesarios y suficientes para que sea posible mantenerlas de manera efectiva para toda la población española y la asimilada a ésta en el derecho a recibirla.

Sin embargo, por algunos de los que han reclamado ese “blindaje”, se ha propuesto también introducir un blindaje añadido, de manera que se evite en la práctica que cualquier gobierno futuro pudiera reproducir las restricciones personales y materiales en la protección sanitaria que el PP ha adoptado en el Real Decreto-Ley 16/2012, con la justificación supuesta y en el contexto de la crisis económica más reciente, todavía no superada.

En ese sentido, no hay ninguna medida de rango legal “ordinario” que pudiera evitar que cualquier gobierno que deseara modificar la regulación establecida en un momento dado pudiera hacerlo si contara para ello con la mayoría necesaria. Por el contrario, una medida útil a esos efectos sería que los derechos a la protección y a la asistencia sanitaria a los que se refieren los artículos 43 y 41 de la CE respectivamente, se trasladasen e incluyesen en la relación de derechos fundamentales contenidos en la sección primera del capítulo II del Título primero de la propia CE: sólo a los derechos incluidos en esa sección les está reservado el desarrollo mediante ley orgánica, que requiere de una mayoría cualificada más difícil de alcanzar por un solo partido. Eso constituiría un “blindaje” de hecho de la regulación “universalizadora” que pudiera legalmente adoptarse, de mayor valor incluso que la posibilidad de recurrir en amparo al Tribunal Constitucional que la inclusión de los derechos citados en el lugar constitucional mencionado también generaría. Una posibilidad, cuya gestión, por otra parte, podría tener efectos no adecuados de congestión del Tribunal Constitucional por la tramitación de esos recursos, lo que sería preciso tener en cuenta para considerar la mencionada modificación.

Una alternativa a la inclusión en la sección primera del capítulo II del Título primero del texto constitucional sería hacer el traslado del derecho a la sección segunda del mismo capítulo. Esto configuraría el derecho a la protección de la salud como derecho no directamente amparable por la vía del recurso, lo que evitaría los problemas mencionados, pero sí lo serían las denuncias de su aplicación desigual, acogiéndose en este caso a la calificación de actuación discriminatoria, vulneradora

del derecho a la igualdad, el cual dispone de la protección del amparo, y que se encuentra en el artículo 14 de la CE. Lo que la inclusión en el capítulo citado protegería es el contenido esencial del derecho, que impide a una ley desfigurarlo o dejarlo inservible por no servir para albergar el interés o bien jurídico correspondiente. Disponer de esta protección, de la que no goza el derecho a la salud en la actualidad, sería de gran interés.: no cabría un decreto-ley que no tuviese un sentido adjetivo o lateral (en virtud de la reserva a la ley de los derechos fundamentales de todo el Capítulo segundo -que incluye la Sección 2ª en la que se propone integrar el derecho a la salud); y además, la ley que regulara ese derecho no podría vulnerar su contenido esencial, lo que se produciría de manera indudable, a juicio de algunos de los juristas presentes en el grupo de trabajo, si se alterase la titularidad propia universal de los derechos fundamentales: por ejemplo, negándoselo a los extranjeros en situación irregular, o a las personas que careciesen de la condición de asegurado o beneficiario del Sistema nacional de salud, o se restringiese abusivamente el ejercicio del derecho a la salud con la privación de algunas prestaciones sanitarias imprescindibles (42).

Las posibilidades de introducir una modificación constitucional en el sentido indicado, y más el hacerlo de manera separada de cualquier otro cambio constitucional, parecían en todo caso remotas hasta hace poco tiempo. Sin embargo, las circunstancias políticas más recientes han hecho más posible y hasta probable la introducción de cambios en la CE relativos a otras cuestiones relevantes. Por quienes apoyan el criterio favorable al derecho a la protección sanitaria como un elemento principal de ciudadanía democrática se debe proponer, en consecuencia, que la modificación indicada sea una más de las que se sometan a la consideración simultánea de quienes promueven otras reformas del texto constitucional.

4. Propuestas

1. En el contexto de una posible modificación de la Constitución Española (CE) en otros aspectos, proponer la inclusión de los derechos a la protección y la asistencia sanitaria recogidos en los artículos 41 (en lo que se refiere a la asistencia sanitaria) y 43 de la misma en el Capítulo II del Título primero de la norma suprema, para lo que

se proponen dos alternativas posibles de inclusión, en la sección primera o segunda de dicho capítulo.

2. Elaborar una nueva norma general sanitaria en la que, en lo que se refiere al derecho a la protección sanitaria, se establezca de manera expresa la reversión de las limitaciones introducidas por el Decreto-Ley 16/2012 y normas posteriores para la protección y la asistencia sanitaria por el SNS de distintos grupos de población con ciudadanía española y condiciones asimiladas a ésta.

3. Para la población inmigrante en situación irregular, volver a regular la protección sanitaria en términos semejantes a los previstos en el artículo 12 de la ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

4. Integrar en un plazo fijado todos los sistemas públicos de protección sanitaria en un sistema único basado en la condición de ciudadanía española, suprimiendo a los efectos sanitarios las Mutualidades de Funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y los sistemas de protección que existen para grupos otros profesionales específicos. La integración debe conllevar el traspaso de los fondos públicos con los que se mantienen esos sistemas a un fondo único de financiación sanitaria general.

5. Como medida transitoria para facilitar la integración propuesta en el número anterior, traspasar en un primer plazo los órganos que llevan a cabo la gestión de los sistemas diferenciados a los que se hace referencia en el mismo al Ministerio de Sanidad.

6. Constituir en el Ministerio de Sanidad una base de datos única de toda la población española, y asimilada a ella en este derecho conforme a las leyes, con derecho a la protección y la asistencia sanitaria, atribuyendo al mismo Ministerio el reconocimiento personal del mismo.

7. Establecer un documento único que acredite el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones en todo el territorio español, con características que permitan diferenciar el territorio autonómico de residencia habitual, y emisión del mismo por el Ministerio de Sanidad.

8. Eliminar las desgravaciones fiscales por la contratación personal, o por las empresas para sus trabajadores, de seguros de asistencia sanitaria privada.

5. Bibliografía del capítulo.

- 1.- Saloner B., Daniels N. *The ethics of affordability of health insurance*. Journal of Health, Politics, Policy and Law 2011, 36(5): 815-827.
- 2.- Thomson S. et al. *International Profiles of Health Care Systems, 2013*. The Commonwealth Fund, November 2013. Accesible en http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf .
- 3.- Backman G. et al. *Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries*. The Lancet 2008; 372 (dec. 13): 2047-2085.
- 4.- Editorial. *The right to health: from rethoric to reality*. The Lancet 2008; 372 (December 13): 2001.
- 5.- Wolff J. *The Human Right to Health (Norton Global Ethics Series)*. New York-London: Norton&Company, 2012.
- 6.- San Giorgi M. *The Human Right to Equal Access to Health Care*. London: Intersentia (School of Human Rights Research), 2012.
- 7.- Zuniga JM, Marks SP, Gostin LO. *Advancing the Human Right to Health*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- 8.- Easterly W. *Human rights are the wrong basis for healthcare*. Financial Times, October 12, 2009. Accesible en <http://www.ft.com/intl/cms/s/0/89bbbd2-b763-11de-9812-00144feab49a.html#axzz3TufZOeIq> .
- 9.-. *Addressing the Global Health Crisis: Universal Health Protection Policies*. International Labour Office. Social Protection Department. Social Protection Policy papers N° 13. Accesible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_325647.pdf .
- 10.- Schoen C. et al. *Access, Affordability, and Insurance Complexity are often worse in The United States to ten other countries*. Health Affairs 2013; 32(12): 1- 11.

- 11.- Editorial Board. *The Shame of American Health Care*. NY Times, November 17, 2013. Accesible en http://www.nytimes.com/2013/11/18/opinion/the-shame-of-american-health-care.html?_r=0 .
- 12.- Harrision JD. *Obamacare's employer mandate is under attack from both sides. Will it survive?*. Washington Post, June 10, 2014. Accesible en: http://www.washingtonpost.com/business/on-small-business/obamacares-employer-mandate-is-under-attack-from-both-sides-will-it-survive/2014/06/09/f51fc194-ed85-11e3-92b8-52344c12e8a1_story.html .
- 13.- Waldman P. *Hobby Lobby decision shows we need to get rid of the employer-based health insurance system*. Washington Post, June 30, 2014. Accesible en: <http://www.washingtonpost.com/blogs/plum-line/wp/2014/06/30/hobby-lobby-shows-that-we-need-to-get-rid-of-the-employer-based-health-insurance-system/> .
- 14.- Reinhardt UE. *The illogic of employer-sponsored health insurance*. NY Times, July 1, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/07/03/upshot/the-illogic-of-employer-sponsored-health-insurance.html> .
- 15.- Cohn J. *The Hobby-Lobby case shows why private companies shouldn't provide insurance. Government should*. The New Republic, June 30, 2014. Accesible en : <http://www.newrepublic.com/article/118469/hobby-lobby-court-case-shows-we-government-should-provide-insurance> .
- 16.- Cohn J. *More good news for Obamacare: It may be saving lives after all*. The New Republic, May 5, 2014. Accesible en: <http://www.newrepublic.com/article/117650/nejm-massachusetts-health-reform-saved-lives-so-may-obamacare> .
- 17.- McArdle M. *Myth Diagnosis*. The Atlantic, March 1, 2010. Accesible en : <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2010/03/myth-diagnosis/307905/> .
- 18.- Kronik R. *Health Insurance Coverage and Mortality Revisited*. Health Services Research 2009; 44(4): 1211-1231. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2009.00973.x .
- 19.- Baicker K. et al. *The Oregon Experiment- Effects of Medicaid on Clinical Outcomes*. NEJM, 2013; 368(18): 1713-1721.
- 20.- Sommers BD, Sharon LK, Baicker K. *Changes in Mortality after Massachusetts Health Care Reform*. Annals of Internal Medicine 2014; 160(9); 585-593.
- 21.- Editorial. *Improving Health Through Coverage Expansion*. Annals of Internal Medicine 2014; 160(9): 649-650.

- 22.- Tavernise S. *Mortality drop seen to follow '06 Health Law*. NY Times, May 5 2014. Accesible en : <http://www.nytimes.com/2014/05/06/health/death-rate-fell-in-massachusetts-after-health-care-overhaul.html> .
- 23.- General Assembly of United Nations. Draft Resolution on Global health and foreign policy. December 6 2012. Accesible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E
- 24.- Editorial. *The struggle for universal health coverage*. The Lancet 2012; 380: 859.
- 25.- Rodin J, de Ferranti D. *Universal health coverage: the third global health trasnsition?*. The Lancet 2012; 380: 861-862.
- 26.- Frenk J, de Ferranti D. *Universal health coverage: good health, good economics*. The Lancet 2012; 380: 862-864.
- 27.- Moon BK. *Universal health coverage is a development issue*. The Lancet 2012; 380: 864-865.
- 28.- Viebeck E. *US backs United nations measure in favor of universal health coverage*. The Hill, December 12 2012. Accesible en : <http://thehill.com/policy/healthcare/272625-us-backs-un-measure-on-universal-health-coverage> .
- 29.- World Health Organization. *Research for Universal Health Coverage. The World Health Report 2013*. Geneva: WHO, 2013.
- 30.- World Health Organization. *Health Systems Financing: the path to universal coverage. The World Health Report 2010*. Geneva: WHO, 2010.
- 31.- Mladosvsky P. et al. *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. WHO Europe- European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012. Accesible en: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2012/health-policy-responses-to-the-financial-crisis-in-europe> .
- 32.- Médicos del Mundo. *El acceso a la sanidad de las personas en situación de mayor precariedad en una Europa en crisis social*. Madrid: Médicos del Mundo, 2014. Accesible en: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_MdM_informe_acceso_a_la_sanidad_UUEE_f569bf7e%232E%23pdf

- 33.- Vadoros S, Hessel P, Leone T, Avendaño M. *Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis?. A quasi-experimental approach*. European Journal of Public Health, 2013; 23(5): 727-731.
- 34.- Regidor E, Barrio G, Baravo MJ, de la Fuente L. *Has health in Spain been declining since the economic crisis?. J. Epidemio. Community Health* 2014; 68: 280-282.
- 35.- Mladovsky P. et al. *Health Policy in the financial crisis*. Eurohealth, 2012; 18(1): 3-7.
- 36.- Cué CE. “*La Sanidad es más universal que antes*”. El País, 7 julio 2014. p. 14.
- 37.- Médicos del Mundo. *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. Madrid, Médicos del Mundo, abril de 2014. Accesible en: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero_documento Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf .
- 38.- Juravie C. et al. *A fact finding analysis on the impact on the Member States' social security systems of the entitlements of non-active intra-EU migrants to special non-contributory cash benefits and healthcare granted on the basis of residence*. ICF GHK- Mileu Ltd., October 2013. Accesible en: <http://www.iab.de/764/section.aspx/Publikation/k140123r04> .
- 39.- Moreno Fuentes FJ, Bruquetas Callejo M. *Inmigración y Estado de Bienestar en España*. Barcelona: Obra Social La Caixa, 2011. Accesible en: http://www.publicacionestecnicas.com/lacaixa/inmigracion/31_es.html .
- 40.- Manresa A. *Polémica en Mallorca por la muerte por tuberculosis de un inmigrante*. El País, 3 mayo 2013. Accesible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/03/actualidad/1367610397_792274.html
- 41.- Royo-Bordonaba MA, Díez-Cornell M, Llorente JM. *Health-care access for migrants in Europe: the case of Spain*. The Lancet 2013; 382 (9890): 393-394. Accesible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2961667-0/fulltext?elsca1=ETOC-LANCET&elsca2=email&elsca3=E24A35F>
- 42.- Solozábal JJ. *El derecho constitucional a la salud*. El Imparcial, 24 marzo 2015. Accesible en: <http://www.elimparcial.es/noticia.asp?ref=149359> .

Capítulo 2. Descentralización y coordinación del Sistema Sanitario Español

Índice

1. Los orígenes y los objetivos del proceso descentralizador en perspectiva comparada.....	92
2. Las condiciones del proceso descentralizador original en España.....	93
3. Evolución de la distribución y la interpretación de las competencias sanitarias.....	95
4. Los mecanismos de coordinación sanitaria previstos en la LGS.	99
4.1. Mecanismos "estructurales".	100
4.2. Los planes de salud.....	100
4.3. El Consejo Interterritorial del SNS.	101
5. Situación actual del SNS y alternativas posibles.....	103
5.1. Un posible recambio en la definición de las competencias sanitarias estatales y autonómicas en la Constitución Española (CE).	105
5.2. Constitución de un nuevo órgano de coordinación del SNS.	106
5.2.1. Posibilidades legales de constitución de un órgano así.	106
5.2.2. Funciones del nuevo órgano de coordinación.....	107
5.3. Establecimiento de unas “condiciones básicas esenciales” de la asistencia sanitaria en España.....	108
5.3.1. La experiencia comparada.....	108
5.3.2. La situación en España.....	109
5.4. Adjudicación de un papel principal al Senado en la regulación y el control del sistema sanitario.....	110
6. Propuestas.....	111
7. Bibliografía del capítulo.....	113

1. Los orígenes y los objetivos del proceso descentralizador en perspectiva comparada

La “senda” que ha recorrido la organización sanitaria española hasta llegar a la situación actual de un grado de descentralización prácticamente completa de la gestión de estos servicios públicos partió de una situación en la que la protección sanitaria se había extendido con carácter casi universal a la mayoría de la población mediante los diferentes mecanismos y regímenes del sistema de Seguridad Social que se creó durante la dictadura. A partir de esa situación se produjo el proceso de descentralización de las competencias sanitarias, y no a la inversa, como ocurrió en Canadá, el país de organización federal cuyas características de su organización sanitaria más lo asemejan al nuestro. El camino recorrido en cada caso tiene una gran importancia para determinar qué valores son los que predominan en uno y otro país tras alcanzar una situación de la organización de los servicios que ofrece niveles significativos de semejanza entre ambos en diferentes aspectos.

Del país canadiense lo que resulta más relevante es el valor atribuido a la universalidad de la atención prestada, con una aspiración expresa a lograr niveles de prestación de servicios iguales para todos los ciudadanos con independencia de su “provincia” o territorio de residencia. Tener ese valor como la principal aspiración de su sistema sanitario es probablemente la consecuencia de que ese fuera el objetivo principal buscado cuando se produjo la intervención federal a principios de los años 70 descrita en el apartado de este documento que se refiere a ese país. Eso explica también que la condición universal de la protección sanitaria ocupe el papel principal de entre las condiciones establecidas como básicas de su sistema, mientras que las restantes condiciones “básicas” que se han ido estableciendo posteriormente en distintas normas parecen de carácter secundario o instrumental, y dirigidas a la consecución y el mantenimiento del objetivo básico de la universalidad y la igualdad de la atención, y su efectividad para cualquier ciudadano canadiense en cualquier lugar del territorio de aquel país, sea cual sea la provincia de su residencia habitual.

Por el contrario, el objetivo político más importante en nuestro país incluido como novedad en la Constitución Española (CE) no puede considerarse en ningún caso que fuera el logro de la cobertura sanitaria universal, que ya estaba en todo caso entonces casi alcanzada (82% de la población en el año 1978, el de aprobación de la CE; 96%

en 1996, cuando se aprobó la LGS). Además de la consagración de otros derechos y libertades excluidos como tales durante la dictadura, ese lugar principal lo ocupó la organización de una nueva estructura territorial del Estado, con la creación de las Comunidades Autónomas (CCAA). Dotar a esas entidades de nueva creación de capacidad política y poder de gestión exigía atribuirles competencias y funciones concretas, que se definieron en el texto constitucional. El efecto de esa definición fue convertir a las nuevas entidades que se constituyeron ante todo en prestadoras de servicios, de entre los cuales los que suponen un mayor montante económico, que alcanza más del 40% de los recursos presupuestarios de cada una de las CCAA, son los sanitarios.

En ese contexto, el objetivo de mantener la cobertura universal de la protección sanitaria en condiciones de igualdad básica con una organización sanitaria cuya gestión se descentralizó por completo, aunque de manera paulatina, pasó a ocupar un lugar secundario entre los objetivos políticos principales de todos los gobiernos, y se puede decir que, si se trata de recuperar ahora como prioridad, constituiría una novedad en la política sanitaria española. Por su parte, las políticas sanitarias y, de manera más específica, la organización de los servicios de salud por cada una de las CCAA, pasaron, como otros programas, a convertirse principalmente en instrumento añadido de diferenciación entre unas y otras, puesto al servicio de crear una “imagen de marca” propia de cada una; algo que tuvo, por ejemplo, como reflejo manifiesto el cambio de la denominación y la rotulación de los centros sanitarios, para resaltar en cada uno de ellos que pertenecían y estaban adscritos en cada caso al respectivo servicio autonómico de salud.

2. Las condiciones del proceso descentralizador original en España

La única cautela establecida de manera implícita en la LGS relativa al proceso de descentralización en este terreno fue la de demorar el traspaso de aquellas competencias sanitarias que tenían una mayor importancia económica, hasta 100 veces superior a las del resto de las competencias sanitarias (las de Salud Pública, incluidas en el cuadro siguientes como “SANIDAD” y “AISNA”, esta última una red

de centros que agrupaba a los dedicados a distintas “luchas”, antituberculosa, contra la lepra, y otras enfermedades principalmente infecciosas) que se transfirieron a las CCAA, que eran las de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (en el cuadro siguientes etiquetadas como “INSALUD”). Como consecuencia, el traspaso de éstas se limitó en un principio sólo a las que habían accedido a la autonomía por la vía del artículo 151 de la CE (las llamadas “históricas” y las que homologaron posteriormente sus estatutos de autonomía a las de aquéllas). Lo que determinó que en los traspasos en esa materia se produjeran diferencias de más de veinte años: desde 1981, en que se hizo el primer traspaso a Cataluña, hasta enero de 2002, en que recibieron de manera simultánea ese traspaso las diez CCAA que no lo habían recibido hasta entonces, tras introducir las modificaciones de sus estatutos de autonomía necesarias para recibir el traspaso en esa materia. Un traspaso simultáneo que fue complemento y condición imprescindible para incluir la financiación sanitaria en un nuevo sistema de financiación autonómica general.

Tabla 1. Calendario de transferencias a CC.AA. en materia sanitarias.

**CUADRO 1.1
TRANSFERENCIAS A CC.AA EN MATERIA DE SANIDAD**

	79-80			81-85			86-90			91-95			96-2002		
	SAN.	AI SN	INSAL.	SAN.	AI SN	INSAL.	SAN.	AI SN	INSAL.	SAN.	AI SN	INSAL.	SAN.	AI SN	INSAL.
ANDALUCÍA				1981	1985	1984									
ARAGÓN				1982	1982										2002
ASTURIAS	1979				1982										2002
BALEARES	1980				1982										2002
CANARIAS	1979								1986			1994			
CANTABRIA				1982					1986						
CASTILLA-LAMANCHA				1982	1982										2002
CASTILLA-LEÓN				1981	1985										2002
CATALUÑA	1979	1980				1981									2002
C.VALENCIANA	1980				1982				1987						
EXTREMADURA	1979				1982										2002
GALICIA	1980				1985							1991			
MADRID				1984	1985										2002
MURCIA	1980				1982										2002
NAVARRA				1985					1986			1991			
PAÍS VASCO	1979	1980							1987						
RIOJA				1984					1986						2002

Hay además otras dos cuestiones cuya regulación, o más bien la ausencia de ella, en la LGS determinaron de manera importante el curso y el desarrollo final del proceso descentralizador en el campo sanitario:

- la primera, que ese proceso se iniciara sin ningún modelo definido de la situación final que se proponía alcanzar. Así, Cataluña, en 1981, y Andalucía, en 1984, habían recibido ya los traspasos sanitarios completos, incluidos los de mayor importancia

económica, los de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, cinco y dos años antes, respectivamente, de que se promulgara la LGS, en 1986.

- en segundo lugar, que ni siquiera esta última definiera un modelo de organización descentralizada de la sanidad en España, limitándose a establecer las condiciones del traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) (el de las restantes competencias sanitarias, relacionadas con la salud pública, se habían completado antes de que se promulgara la LGS) a las CCAA que, bien por ser de las “históricas”, o por haber hecho las modificaciones necesarias en sus estatutos de autonomía, las fueran solicitando, y sólo a petición de éstas, sin previsión de ningún calendario de traspasos, ni tampoco de ningún horizonte concreto a alcanzar.

3. Evolución de la distribución y la interpretación de las competencias sanitarias

En un trabajo reciente (1) se ha apuntado que algunos de los problemas generales de nuestro Estado autonómico derivan de la forma en que se previó en la CE el reparto de competencias entre el Estado y las CCAA, una cuestión central para los estados federales y similares, como es, con su peculiaridades, el nuestro.

Lo que la CE previó a este respecto fue la fijación de las competencias “exclusivas” del Estado en el artículo 149.1 del texto constitucional, estableciendo a la vez que las CCAA pudieran asumir como propias en sus propios Estatutos, si así los establecían en los mismos, pero no de forma obligada, aquéllas que no estaban atribuidas al Estado en la relación contenida en el artículo 149 citado, agrupándolas en el artículo 143 de la CE; y que las que, no correspondiendo al Estado en la regulación citada, no fuesen asumidas por los Estatutos de cada CA conforme a sus propios criterios de definición estatutaria, quedarán bajo la responsabilidad del Estado en el territorio correspondiente.

La situación se complicó aún más con la previsión del establecimiento de normas “básicas” por parte del Estado en determinadas materias, permitiendo su desarrollo por las CCAA. Esto supuso en la práctica asumir también que en los terrenos en que la normativa “básica” estuviera expresamente prevista como competencia

“exclusiva” estatal, se daba en realidad una concurrencia de competencias entre Estado y CCAA; concurrencia que se ha producido de una manera, en forma de compartimentos estancos (la regulación “básica” por parte del Estado; el desarrollo y la ejecución por las CCAA) que no facilita el objetivo principal, en especial en el caso de los servicios públicos, de garantizar el ejercicio igualitario de los derechos y el cumplimiento de los deberes de unos y otros en esas materias: el Estado utiliza un criterio extensivo para definir lo que es “básico”, mientras que las CCAA hacen lo mismo con los desarrollos normativos que considera que son de su propia competencia. Todo lo cual ha creado el caldo de cultivo para el planteamiento de numerosos conflictos de competencias ante el Tribunal Constitucional por una y otra parte que, a la vez que han provocado un verdadero atasco para su resolución, no constituyen el ambiente más adecuado para el funcionamiento de servicios de gran importancia económica y gestión cotidiana compleja.

Por su parte, en el caso concreto de los servicios sanitarios, el marco conceptual de los trasposos efectuados a las CCAA se ha ido decantando progresivamente hacia una interpretación de las competencias asumidas por aquéllas en las materias sanitarias, en especial las de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria, como propias y “exclusivas” de cada una de ellas, excluyendo en la práctica cualquier papel efectivo por parte de la Administración General del Estado (AGE) como “gobierno federal” en mantener el funcionamiento cohesionado del sistema y las condiciones universales e igualitarias de la atención prestada en los diferentes territorios autonómicos. Se trata de un papel sin el cual, si se compara con lo que ocurre en otros países de gestión descentralizada de los servicios sanitarios, sea cual sea el camino que hayan seguido para alcanzar esa situación, el sistema sanitario parece abocado a su desintegración, y a su centrifugación hacia diecisiete sistemas independientes y distintos en su capacidad de mantener niveles semejantes de protección.

El análisis de la distribución en la Constitución de las competencias sanitarias entre CCAA y AGE permite, por otra parte, señalar que en el artículo 143 de ésta se definió como “propia” de las CCAA que la quisiera asumir y, en consecuencia, no sometida a ninguna medida que supusiera la subordinación a cualquier autoridad o control externo una vez hubieran sido asumidas por aquéllas, la “sanidad e higiene”, que, traducida al lenguaje concreto, se consideró respondía en términos amplios a lo que en

lenguaje más actual entendemos como “salud pública”, es decir, los instrumentos colectivos de intervención sobre la salud de la población.

Que el criterio sea discutible cuando los agentes que actúan sobre la salud de las personas no se atienen a los límites territoriales definidos por las CCAA y que, por tanto, su gobierno y control sea difícil desde éstas, no impide, sin embargo reconocer que en cuantos procesos calificables como de “devolución” (descentralización política) sanitaria se han ido produciendo después del español, como es el caso del Reino Unido, la tendencia a ceder esas competencias a las entidades que reciben esos poderes y responsabilidades para ejercerlos de manera independiente ha sido similar. Sin duda, el criterio determinante de esa distribución competencial en todos los casos ha sido la reducida importancia económica directa e inmediata de la gestión de esos servicios, en especial en términos de recursos personales y materiales para desarrollar su gestión (2; 3; 4; 5).

Que en España estos recursos estuvieran mayoritariamente agrupados en una misma unidad de gestión (la Dirección General de Salud Pública) del departamento sanitario que se creó con la llegada de la democracia (unidad que, a su vez, había recibido esas competencias, concebidas esencialmente como "policía sanitaria", de una Dirección General de Sanidad en el Ministerio de la Gobernación, luego de Interior, de la dictadura), la cual era en aquella estructura independiente por completo de la gestión de la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social), facilitó también la aplicación más inmediata del traspaso de esas competencias a las CCAA, traspaso que, como se ha indicado, se había completado a todas ellas cuando se promulgó la LGS en 1986.

Por el contrario, en el artículo 151 de la Constitución se define como sólo susceptible de cesión a las CCAA la “ejecución de los servicios de la Seguridad Social” (entre los que se encontraba en aquel momento la asistencia sanitaria), pero no el “régimen económico” de aquélla, una forma de aludir a las competencias que se cedieran en este caso que permitía mantener formas de control y autoridad por la AGE sobre el ejercicio de las mismas, incluido el económico, por las CCAA.

En relación con estas competencias, a lo largo del tiempo, y de manera simultánea con el cambio progresivo de la financiación de la asistencia sanitaria desde su situación original por la Seguridad Social a su financiación por impuestos generales, acorde con

el modelo de “servicio (sistema) nacional de salud” previsto en la LGS, se fue produciendo el deslizamiento en la interpretación de las competencias cedidas en este caso al que se ha hecho alusión en el apartado anterior. Ese "deslizamiento" ha conducido a que en la actualidad el criterio jurídico más extendido sea que la gestión de la asistencia sanitaria, que se cedió a todas las CCAA como “ejecución de servicios de Seguridad Social”, pasase a convertirse una vez realizado el traspaso a cada una en ejercicio de la competencia “sanidad” (6; 7; 8)., Éste es un ámbito en el que, como se ha indicado, no hay control posible, y menos económico, sobre el ejercicio de las responsabilidades por cada CA desde la AGE, como gobierno “federal”.

Este “deslizamiento” se acompañó además de un vaciamiento progresivo de las competencias ejercidas desde el gobierno central por el Ministerio de Sanidad, que en términos constitucionales (artículo 149.1.16) habían sido definidas como "bases y coordinación general de la sanidad" (la "alta inspección" no aparece mencionada en el texto constitucional, y sólo se hizo referencia a la misma después, en algunos estatutos de autonomía de la primera ola, que se reprodujeron después en los siguientes). Ese efecto de "vaciamiento" de las competencias "federales" tuvo raíces materiales y legales.

Entre las primeras, la actitud de todos los Ministerios de Sanidad que se han ido sucediendo, y en especial las de los primeros en los momentos constitutivos del SNS después de la LGS, fue la de centrar su atención en la gestión de la parte no transferida de la asistencia que no había sido traspasada, realizada a través del INSALUD, en un intento, que se demostró vano, de que el modelo de la gestión ejercida en ese ámbito menguante (el traspaso de esas competencias a hasta siete CCAA, el 40% de ellas, se siguió produciendo hasta 1994, de manera que en esa fecha ya no era responsabilidad de ese instituto la gestión de la atención sanitaria del 60% de la población, ni de una parte equivalente de los presupuestos para ese concepto), sirviese de modelo y referencia para los servicios sanitarios traspasados.

En un sentido distinto, los Ministerios de Sanidad sucesivos declinaron de hecho, o no centraron tampoco la atención, en hacer efectiva la responsabilidad de constituir sistemas de información sanitaria, incluida la económica, que les había sido atribuida de manera expresa por la LGS; sistemas sin los cuales, como demuestra también la experiencia comparada de otros países, y los criterios de la propia Organización

Mundial de la SALUD (OMS), no es posible mantener la cohesión universal de ningún sistema sanitario de gestión descentralizada. A pesar de algunos avances realizados en los últimos años en este aspecto, los sistemas de información constituídos ahora de manera algo más amplia siguen adoleciendo de numerosas limitaciones, tanto en su constitución como en la contribución a su mantenimiento por parte de las CCAA.

Por su parte, desde el punto de vista legal, varias sentencias precoces del Tribunal Constitucional (la 32/83 y la 42/83) definieron en términos limitativos las competencias de "coordinación" y "alta inspección", restringiendo las mismas a un seguimiento de las disposiciones de las CCAA, más que de sus actos de dirección y gobierno de los servicios sanitarios, sin poder imponer de manera efectiva ningún cambio en los mismos. Un mecanismo que resulta ineficaz por completo para garantizar un funcionamiento coordinado cotidiano de servicios cuya actividad en términos tanto sanitarios como económicos inmediatos alcanzan un alto grado de desarrollo.

4. Los mecanismos de coordinación sanitaria previstos en la LGS

Las carencias en la definición de lo que se pretendía que fuera un nuevo modelo de gestión de la protección sanitaria por las CCAA, y del grado de implicación que debería suponer por parte de la Administración General del Estado (AGE), cuestiones poco precisadas también en el texto constitucional, pese a la distribución de competencias hecha en los artículos 143 y 149 del mismo, hacen que no deba extrañar que los mecanismos e instrumentos de coordinación del sistema sanitario previstos en la LGS para mantener un funcionamiento coordinado de los sistemas sanitarios autonómicos, mecanismos que se establecieron en una situación de trasposos diferentes a distintas CCAA, y sin siquiera un modelo hacia el que dirigirse, hayan resultado ineficaces por completo para mantener la coordinación y cohesión del sistema, a su vez la única forma de conseguir el mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias en una situación de gestión descentralizada del mismo.

Por otra parte, las medidas previstas en la ley para mantener una cierta homogeneidad en el sistema fueron de una naturaleza peculiar, poco adaptada al fin pretendido de mantener la coordinación y la cohesión en el propio sistema tras su descentralización, por distintas razones:

4.1. Mecanismos “estructurales”

Una parte de las previstas eran de naturaleza “estructural”.

Así, por ejemplo, las condiciones organizativas del sistema, ordenado en áreas y zonas de salud, definiendo incluso su tamaño poblacional, a cuya atención se debían adscribir centros de distinto nivel, y cuya organización interna se definía incluso en una parte no básica de la LGS, reproducían de una u otra manera la organización jerarquizada procedente del modelo planificado del sistema de Seguridad Social que fue la base sobre la que se constituyó el SNS.

Controlar el cumplimiento de las condiciones organizativas y poblacionales previstas en la norma como instrumento para mantener las condiciones igualitarias de la protección sanitaria ofrecida por las distintas CCAA, se reveló en poco tiempo como una tarea inútil para ese fin; y, por otra parte, como un procedimiento de coordinación contradictorio con la propia descentralización política de la gestión que se iba realizando, aunque fuera de manera paulatina, que debía tener como consecuencia natural el establecimiento de condiciones organizativas a nivel territorial adaptadas a la realidad poblacional y territorial de cada una de aquéllas.

4.2. Los planes de salud

La pretensión de utilizar considerar como instrumento de cohesión la elaboración de “planes de salud” de distinto nivel previstos en la ley, un término por otra parte procedente del ámbito de la salud pública que por su propia naturaleza resulta poco adaptable a la gestión cotidiana de la asistencia sanitaria, que genera la parte más importante del gasto en este sector, dio como resultado la frustración y el incumplimiento permanente de las previsiones establecidas al respecto en la norma, a la vez que dio pie a una denuncia también permanente, pero condenada a la ineficacia, de los incumplimientos correspondientes.

4.3. El Consejo Interterritorial del SNS

El establecimiento de un órgano “superior” de coordinación, al que se le dio en la ley el nombre de “Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud” (CISNS), adoleció de los mismos defectos en su definición y constitución que los observados en el sistema en su conjunto.

De entrada, la puesta en cuestión de la eficacia del mismo como instrumento de coordinación de las políticas sanitarias, incluidas las de la gestión de la asistencia sanitaria, se basó en buena parte en la coexistencia en un mismo órgano de CCAA con distinto nivel de competencias asumidas y, como consecuencia, con diferentes posibilidades de comprometer sus actuaciones al cumplimiento de los acuerdos que se pudieran alcanzar en el CISNS en uno u otro terreno. Esta situación ponía incluso periódicamente en cuestión la participación de algunas de ellas en los debates que se producían en el ámbito del CISNS, principalmente los de contenido económico más importante, los relativos a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, materia en la que muchas de las CCAA carecían de competencias directas.

Por esta razón, en todo caso transitoria, pero de especial interés en los primeros momentos de constitución y funcionamiento del SNS, pero también por las razones de distribución, cesión e interpretación de las competencias cedidas a las que se alude a continuación, la demanda de que el Consejo Interterritorial tuviera capacidad ejecutiva para imponer a cada una de las CCAA los acuerdos que se pudieran alcanzar en el mismo se convirtió muy pronto en una demanda de quienes pretenden un funcionamiento más cohesionado del sistema sanitario público en su conjunto. En el CISNS los "acuerdos" se alcanzaban y se siguen alcanzando siempre por "consenso", y nunca son sometidos a votación; de haberse llevado a cabo éstas, algunas de las CCAA con más competencias, en particular Cataluña, advertían, y siguen advirtiendo sistemáticamente de que se retirarían del órgano coordinador. La demanda de ejecutividad de los acuerdos no tiene viabilidad real en las condiciones constitutivas actuales del SNS, por las razones que se indican a continuación; pero además, y es importante subrayarlo, un procedimiento decisor de ese carácter carece de modelo semejante en ninguno de los países en los que se combina la protección sanitaria universal con la descentralización política de su gestión, de los que Canadá es, como se ha dicho, el más semejante al nuestro.

Por otra parte, el funcionamiento de las numerosas comisiones y grupos de trabajo que se han ido creando en el ámbito del Consejo Interterritorial, subordinados al órgano máximo del mismo, han adolecido de los mismos problemas señalados: los "acuerdos" que se han alcanzado en ellos en distintas materias, desde la Salud Pública (un buen ejemplo son los calendarios de vacunaciones) a las prestaciones y la cartera de servicios de las instituciones del Sistema, quedan en todo caso siempre a expensas de su aplicación o no por la autoridad sanitaria de cada territorio; y ello después de que el intento de lograr el correspondiente consenso en cada materia, lo que lleva a que éste deba tener siempre el carácter de mínimo común, consuma habitualmente prolongados períodos de elaboración, sin que, sin embargo, eso garantice la generalización de su aplicación.

Por todo ello, no parece que la búsqueda de mecanismos de coordinación del sistema sanitario que garanticen las condiciones universales e igualitarias de la protección y la asistencia sanitaria para todos los ciudadanos y en todos los territorios, si éste es el objetivo prioritario, se deba orientar hacia la constitución de órganos de gobierno participados por todas las administraciones correspondientes y cuyos acuerdos resulten de obligado cumplimiento en cada territorio sino, más bien, hacia mecanismos de coordinación más generales, como los que los que se han descrito en Canadá.

Por el contrario, nuestro sistema sanitario adolece de la falta de mecanismos políticos de coordinación que, por encima y más allá de su estructuración y reglas de funcionamiento muy precisas, faciliten la relación de nivel político entre las administraciones, tanto la central como las autonómicas, que tienen responsabilidades políticas en esta materia. Un ejemplo de ellas es la Conferencia de Presidentes que existe en Canadá, la cual viene centrando su atención sobre los temas sanitarios con una frecuencia equivalente a la importancia que tiene esta cuestión en la formación de la propia identidad canadiense. Una situación que en nada se parece a la española, en la que el abordaje de las cuestiones sanitarias, pese a su importancia económica para las CCAA, y la que tiene para los ciudadanos, entre cuyos intereses la cobertura y la asistencia sanitaria ocupan un lugar prioritario de forma permanente, sólo ha ocupado, y eso sólo de manera puntual en 2005 sin lugar a repetición, un lugar preferente.

Cabe aplicar el mismo criterio al nivel más alto del Consejo Interterritorial, el que reúne a los consejeros autonómicos, que ha convertido cada vez más sus reuniones en el órgano en el que, casi sin debate, se da cauce en órdenes del día interminables al tratamiento de numerosos asuntos de trámite, con escasa incidencia en la vida real del conjunto del sistema sanitario.

5. Situación actual del SNS y alternativas posibles

El resultado de esa forma de definición de las competencias centrales y autonómicas, que no es exclusiva de las sanitarias, pero que se proyecta claramente sobre éstas, generando problemas innegables para el funcionamiento cotidiano del SNS, junto con las limitaciones de los órganos de coordinación del sistema descritas en el apartado anterior, han dado lugar a una situación que está derivando de forma cada vez más clara hacia lo que la propia ministra de sanidad actual ha calificado como el conjunto de diecisiete sistemas de salud diferentes, en lugar de un único Sistema Nacional de Salud. Una situación que, en todo caso, no responde a las previsiones, tanto constitucionales como legales en la LGS, con las que se constituyó aquél en esa Ley. Ante esa situación, en el momento actual se están planteando hasta el momento dos clases de salidas:

- la primera, propugna desde algunas CCAA (Cataluña en particular) y algunos observadores independientes (9) la aceptación acrítica de la evolución descrita y la desaparición del Ministerio de Sanidad, sin hacer referencia alguna a las posibles consecuencias de las mismas en términos de imposibilidad de mantener con ellas las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria en condiciones de descentralización de su gestión.
- la segunda, promovida por razones económicas desde algunos sectores del PP, y en particular desde algunas CCAA gobernadas por ese partido, promueve una posible "recentralización" de las responsabilidades sanitarias, al menos las de aquellas CCAA que quisiesen hacerlo, "devolviendo la devolución" efectuada. Una propuesta que parece más bien formulada en términos teóricos, sin analizar en profundidad la viabilidad política real de su realización.

Desde ese punto de vista no parece posible que esta segunda línea alternativa lo sea, menos aún con carácter general, por cuanto supondría en la práctica la desestructuración del modelo autonómico puesto en marcha, más aún si la devolución de competencias se pudiera plantear con carácter más general y no sólo restringido al terreno sanitario. Por inadecuada que pudiera considerarse la solución autonómica en términos de "café para todos" que se adoptó durante la transición a la democracia en nuestro país, la misma no tiene vuelta atrás.

Por su parte, la primera línea que se presenta como alternativa no es tal, sino sólo la misma evolución que se está produciendo en el sistema sanitario que, a falta de medidas que puedan atajar los resultados en forma de desmembramiento del sistema que está teniendo lugar, provocará en un plazo más o menos largo la ruptura de las condiciones de universalidad e igualdad de la protección sanitaria en términos de acceso a los servicios y cobertura material ofrecida a los ciudadanos de distintas CCAA que son observables ya.

Frente a ellas, parece imprescindible la definición de una alternativa de reforma que opere en sentido contrario, garantizando mediante un funcionamiento coordinado y cohesionado del sistema sanitario en su conjunto las condiciones de universalidad e igualdad, en especial en el acceso a los servicios públicos de salud.

Una propuesta en el sentido indicado responde a lo que se podría considerar una alternativa "federal" (10), en la que, en sentido contrario al recorrido descentralizador realizado hasta ahora, y a semejanza más bien de lo que ocurrió en Canadá cuando se pretendió establecer el carácter universal de la protección sanitaria, las CCAA y la propia AGE orienten sus acciones hacia la puesta en común de todas aquellas tareas y funciones que se pueden beneficiar en términos de eficacia y eficiencia de una actividad conjunta, más allá de debates sobre la "propiedad" o el derecho exclusivo de llevar a cabo algunas de ellas, garantizando a la vez la participación de unas y otras en el desarrollo y la ejecución de cada una de esas acciones. Algunas opciones posibles para desarrollar esa opción "federal" se concretan en los apartados siguientes.

5.1. Un posible recambio en la definición de las competencias sanitarias estatales y autonómicas en la Constitución Española (CE)

De las dos condiciones que se han citado como determinantes principales de la actual situación del SNS, la opción de promover una mejor y más operativa definición de las competencias sanitarias que permita evitar los problemas que se derivan de la forma en que están definidas hasta ahora en la CE, es una alternativa cuyas posibilidades exceden el ámbito estrictamente sanitario, para situarse en el terreno de una reforma en sentido federal del estado autonómico en su conjunto.

Sólo si una reforma general en el sentido indicado llegara a plantearse, sería razonable proponer la definición de los contenidos de las competencias del Estado y de las CCAA en todas las materias sanitarias (desde la salud pública a la asistencia sanitaria) y la forma en que se ejercen por unas y otro, en unos términos nuevos y más precisos, que, sin ponerlas en cuestión, permitan a todos su ejercicio de manera que éste contribuya al sostenimiento del SNS, y no oriente hacia su ruptura.

Desde el punto de vista legal, esa definición debería también servir para resolver el “deslizamiento” que se ha producido en la interpretación del ejercicio de las competencias en asistencia sanitaria, que en la práctica suponen o dificultan impedir aquellas acciones por parte del Estado que tiene encomendadas para garantizar la igualdad en el ejercicio de los derechos a la protección y a la asistencia sanitaria que asisten a todos los ciudadanos españoles. Se trataría, por último, de que esa nueva definición sirviera para evitar el recurso permanente al Tribunal Constitucional, usado también con frecuencia en el terreno sanitario, como instrumento “habitual” de relación entre las administraciones públicas, para evitar la posible “invasión” del territorio competencial de cada una.

Los procedimientos para lograr en términos de modificación constitucional esos efectos exceden las posibilidades de este informe, y han sido sugeridos en otros trabajos especializados. En alguno de éstos (1) se incluye a esos efectos la posibilidad de sustituir el sistema de “lista única” de las competencias del Estado por otro sistema de “doble lista” de las competencias estatales y autonómicas. Se considera que un sistema así podría contribuir a facilitar la homogeneidad en su ejercicio por todas las administraciones, o facilitar incluso el ejercicio común de algunas de ellas, no sólo en el ámbito de la asistencia sanitaria, sino también en el ámbito de la salud pública,

terrenos ambos en los que lo importante es garantizar la universalidad y la igualdad de la protección.

5.2. Constitución de un nuevo órgano de coordinación del SNS

5.2.1. Posibilidades legales de constitución de un órgano así.

Por su parte, se han comentado previamente las limitaciones de los órganos de coordinación, principalmente el Consejo Interterritorial, que se constituyeron a partir de la LGS, cuyas capacidades y mecanismos para hacer posible el funcionamiento cohesionado y coordinado del SNS apenas cambiaron con la Ley 16/2003, de cohesión y calidad de 2003 (11).

La característica común de esos órganos es que se han basado en la participación de todas las administraciones, la central y las autonómicas, en la adopción de cualquier política que afecte al conjunto del SNS, con independencia de que muchas de ellas correspondieran al ámbito competencial de la AGE, con el criterio implícito o expreso de que sólo la participación de todas las CCAA en la formación de las decisiones adoptadas en cada caso garantizaría su aceptación por cada una de ellas.

Sin embargo, como se ha dicho, los resultados de esa política no han derivado en el cumplimiento de esas expectativas, de manera que la aplicación a nivel autonómico de cualquier decisión adoptada de manera “colegiada” está de hecho supeditada a la aceptación unilateral de su aplicación por cada CA. Por otra parte, la lentitud de las políticas adoptadas de esa forma no está tampoco en relación con los resultados obtenidos en términos de generalización de su aplicación.

Frente a esa realidad, la AGE, conforme a los criterios de diferentes constitucionalistas (12), dispone de capacidad y competencia legal, y tiene la responsabilidad, de dirigir por sí misma numerosas políticas esenciales para el funcionamiento cohesionado del SNS. Capacidades y competencias que derivan no sólo de lo establecido en el artículo 149, apartados 1.16 (sanidad) y 1.17 (seguridad social) de la CE, sino también de lo dispuesto en el apartado 1.1 del mismo artículo 149, de la norma constitucional, que atribuye a la competencia del Estado “la regulación de las condiciones básicas” que garantizan la igualdad en el ejercicio de los derechos constitucionales, entre los que, como se ha debatido en el apartado anterior, se encuentran los relativos a la protección y a la asistencia sanitaria.

5.2.2. Funciones del nuevo órgano de coordinación.

En ejercicio de esas competencias de coordinación que son propias de la AGE, y con independencia del contenido de desarrollo legal o ejecutivo de las preceptos citados para justificar su actuación en ese sentido, se considera que sería adecuada la creación, mediante una nueva Ley del SNS, de un “órgano de gobierno” del Sistema, bajo la dependencia de la AGE y en ejercicio de las competencias propias de ésta, que desarrolle las funciones siguientes:

- constitución de una única base de datos de población protegida del SNS, ejerciendo como responsable del reconocimiento del derecho a la protección sanitaria en los términos señalados en el apartado anterior, y como emisor de una única tarjeta sanitaria que facilite el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios en todos los territorios del Estado en condiciones de igualdad.
- planificación estratégica del sistema, incluida la política de construcción de nuevos centros o la introducción de nuevas tecnologías y su distribución cubiertas con financiación pública, la designación de centros de referencia, y la valoración de los efectos de la distribución efectuada sobre la igualdad en el acceso a los mismos. El mecanismo podría ser similar al establecido para la reciente creación de una “agencia nacional de investigación”, a la que las CCAA presentan cada cuatro años sus proyectos para su financiación.
- diseño de las políticas de personal propio del SNS.
- definición de las prestaciones “básicas”, entendida esta expresión en términos constitucionales, y en ningún caso ningún caso como “mínimas”, sino con el carácter amplio en que deben entenderse las financiadas con la financiación general del sistema sanitario público.
- definición de las condiciones y límites de organización y gestión de los centros sanitarios que formen parte del SNS (a semejanza de las condiciones que se han impuesto por la nueva Ley de régimen local para la organización y gestión de los centros que participen en ese nivel de organización).
- coordinación y puesta en relación de las actuaciones desarrolladas por órganos específicos que se puedan crear para el desarrollo de sistemas de información, evaluación de tecnologías y aprovisionamiento de bienes e insumos (sistema de compras) del SNS conforme a las propuestas que se realizan en los apartados respectivos siguientes.

5.2.3. Forma jurídica de constitución del órgano de coordinación.

La forma jurídica de la constitución de ese órgano, y de otros que se puedan crear para la gestión de algunos de las cuestiones citadas en el párrafo anterior, deberá concretarse en la norma mediante la que se cree cada uno de ellos. Su constitución como “agencia estatal” estaría actualmente vedada por lo establecido en la Disposición adicional octogésimo sexta de la Ley 22/2013, de Presupuestos Generales del Estado para 2014, pero se trata de una condición circunstancial que puede exceptuarse como se ha hecho en la misma norma con la creación de una Agencia Estatal para la Investigación y otra para la Seguridad Ferroviaria. En todo caso, en la constitución de ese órgano debería preverse de manera expresa la posibilidad de incorporar al mismo personal procedente de las plantillas de personal correspondiente de las CCAA.

La constitución del órgano citado debería acompañarse de la modificación de la naturaleza y funciones del Consejo Interterritorial y sus órganos subordinados, constituyendo los mismos en órganos de debate, de carácter no administrativo, de las políticas dirigidas por el nuevo “órgano de gobierno” del SNS.

5.3. Establecimiento de unas “condiciones básicas esenciales” de la asistencia sanitaria en España

5.3.1. La experiencia comparada.

El término está tomado de las condiciones establecidas en el sistema sanitario canadiense para garantizar el mantenimiento cohesionado de su funcionamiento, y para evitar que se produzcan condiciones de desigualdad de una u otra naturaleza en el ejercicio de su gestión descentralizada. La denominación de esas condiciones originales (*universalidad*; “*transportabilidad*” interterritorial de la protección; igualdad de *amplitud* de la prestación) y de las instrumentales consideradas esenciales para que se mantengan esas condiciones en el funcionamiento cotidiano del propio sistema (*carácter público* de los centros sanitarios del sistema; y *accesibilidad*, entendida como igualdad en el acceso al sistema) es expresiva por sí misma del carácter universal e igualitario que se pretende mantener en la asistencia prestada por su sistema público de salud, denominado *Medicare*.

5.3.2. La situación en España

Frente a la eficacia en Canadá a los efectos de funcionamiento cohesionado de su sistema sanitario de instrumentos como los citados, a pesar de tener un carácter en apariencia sólo declarativo de principios, los mecanismos previstos en España para lograr los mismos efectos han demostrado sus limitaciones, y la incapacidad de lograr con ellos la coordinación necesaria de los servicios de salud autonómicos, en perjuicio del derecho de los ciudadanos a recibir en condiciones de igualdad la atención. Los mecanismos utilizados hasta ahora en España han sido de dos tipos:

-en primer lugar, de carácter jurídico. En ese sentido se establecieron procedimientos de recurso posibles ante el Tribunal Constitucional para garantizar que las normas centrales y autonómicas se ajustasen a las competencias de cada una, y que no hubiera desajustes entre ellas. El ejercicio de la denominada “Alta Inspección” quedó en la práctica reducido pronto, conforme a las sentencias del TC mencionadas antes, al seguimiento de las normas autonómicas, de manera que se adecuasen a los límites mencionados. Por el contrario, el seguimiento de los actos concretos en que se traduce el ejercicio de la gestión sanitaria por cada CA (piénsese, por ejemplo, en el rechazo de pacientes residentes en una CA por otra; o las diferencias que existen en la prestación de determinados servicios por distintas CCAA), conforme a, o en ejecución sesgada y autolimitada por la AGE de las mismas sentencias, no ha sido en la práctica susceptible de ninguna actuación en el terreno jurídico por parte de ésta.

-en segundo lugar, el establecimiento de criterios generales de dotación de recursos personales o materiales, que garantizasen unas condiciones similares de prestación de los servicios. El desarrollo de la previsión al respecto en el artículo 70 de la LGS quedó pronto abandonado, y la distribución de recursos por las CCAA ha quedado en la práctica al arbitrio de cada una de ellas, al margen de cualquier garantía o control de sus efectos en términos de calidad y eficiencia.

Por su parte, la eficacia de establecer condiciones generales de la asistencia sanitaria como las establecidas en Canadá a efectos de garantizar la universalidad y la igualdad de la protección, depende de varios factores:

-en primer lugar, de que se establezca un sistema de indicadores de seguimiento de cada una de las condiciones fijadas en los términos nominales citados (por ejemplo, para el caso de la igualdad en el acceso, el “indicador” es la ausencia de copagos para el acceso a los servicios, considerados éstos como obstáculo principal para lograr la condición de igualdad, que debe ser respetada por todas las provincias en la gestión de

sus servicios. El cumplimiento de esta condición ha dado lugar a diferentes conflictos con las provincias más ricas, en todo caso resuelto hasta ahora con la eliminación de los copagos pretendidos).

-en segundo lugar, de que haya un órgano o nivel de gobierno responsable y con capacidad de ejercer el seguimiento y control del mantenimiento de esas condiciones por las entidades descentralizadas (las provincias canadienses; en nuestro caso serían las CCAA) en la gestión de sus servicios sanitarios correspondientes. En nuestro caso, ese papel debería desempeñarlo el “órgano de gobierno del SNS” que se ha propuesto en el apartado anterior.

-en tercer lugar, que se disponga de alguna clase de instrumento coactivo o capacidad de sanción efectiva por parte de los órganos federales que garantice el mantenimiento de aquellas condiciones generales del sistema.

La utilización de mecanismos de ese carácter está también presente en otro tipo de organizaciones, como la propia a Unión Europea, cuya eficacia y avances en términos solidarios se soportan en buena parte también sobre la base de instrumentos de carácter coactivo similar.

En Canadá, ese papel lo han desempeñado mecanismos de distribución condicionada de una parte menor de la contribución federal a la financiación sanitaria al mantenimiento por las provincias de las condiciones esenciales de sistema establecidas con carácter general. Pese a las variaciones que han tenido lugar en la financiación sanitaria en aquel país, y a la proporción progresivamente menor que ha ido teniendo la aportación federal a aquélla, esos mecanismos con potencialidad sancionadora en términos económicos por parte del gobierno federal han desempeñado un papel principal en el mantenimiento hasta la actualidad de las condiciones esenciales de su sistema sanitario. A las posibilidades de establecer un mecanismo similar en España se hace referencia en el apartado posterior correspondiente a las cuestiones financieras del SNS.

5.4. Adjudicación de un papel principal al Senado en la regulación y el control del sistema sanitario

El papel constitucional del Senado está puesto permanentemente puesto en cuestión, lo mismo que la utilidad de la función que viene desempeñando hasta ahora, limitado en la práctica al de cámara de segunda lectura.

En la perspectiva de una reforma de la CE en sentido “federal” que se viene planteando desde diferentes ámbitos, se viene proponiendo que el Senado, modificando de una u otra manera los procedimientos de elección de los senadores, de manera que éstos fueran los representantes de las CCAA, pudiera desempeñara un papel principal en la coordinación y el desarrollo de éstas, como cámara de primera lectura de las normas que las afectan principalmente, incluidas las relativas a su financiación (13).

De llevarse a cabo una modificación constitucional en el sentido indicado, el Senado asumir también un papel principal en la elaboración de las normas, y el seguimiento y control, de los servicios públicos cuya gestión está encomendada a las CCAA, entre ellos los sanitarios, que cabe recordar constituyen la partida presupuestaria principal de aquéllas, con el fin de garantizar el carácter universal e igualitario con el que se realiza su prestación.

6. Propuestas

1) En el contexto de una posible reforma de la CE en sentido federal, redefinición de las competencias del Estado y de las CCAA en todas las materias sanitarias (desde la salud pública a la asistencia sanitaria) y la forma en que se ejercen por unos y otras, en unos términos nuevos y más precisos, que, sin ponerlas en cuestión, permitan a todos su ejercicio de manera que éste contribuya al sostenimiento del SNS, y no oriente hacia su ruptura.

2) Mediante una nueva ley general de sanidad de ese u otro título, fijación de unas condiciones "básicas" de la atención sanitaria en España definidas como *universalidad; transportabilidad; amplitud* de la prestación; *carácter público* de los centros sanitarios del sistema; e *igualdad* en las condiciones de *acceso* al mismo, añadiendo a esas condiciones generales “básicas” las aplicables a las CCAA de contribuir y participar en los sistemas de información y sistemas comunes de compras que se puedan establecer para mejorar la gestión del SNS.

3) Constitución con el carácter de agencia independiente de un nuevo órgano de coordinación y gobierno del SNS, vinculado a la AGE, con participación en su órgano de gobierno de las CCAA, para desempeñar las siguientes funciones:

- las propias de la AGE que no han sido adecuadamente desarrolladas, entre ellas la constitución de una única base de datos de población protegida del SNS y la emisión de una tarjeta sanitaria única, la planificación estratégica del sistema, el diseño de las políticas de personal propio del SNS, la definición de las prestaciones “básicas”, y la definición de las condiciones y límites de organización y gestión de los centros sanitarios que formen parte del SNS.

- el seguimiento y control del mantenimiento de las condiciones a las que se refiere la propuesta 2) anterior.

- la distribución de los fondos que corresponda administrar a la AGE de la financiación sanitaria autonómica, y la aplicación de los criterios de reducción de la misma que pudieran resultar del incumplimiento de algunas de las condiciones generales del Sistema por alguna Comunidad Autónoma.

4) En el contexto de una posible reforma de la CE en sentido federal, pero incluso si no se lleva a cabo ésta, adjudicación de un papel principal al Senado en la regulación, el seguimiento y el control del sistema sanitario.

5) Creación de órganos específicos con personalidad jurídica propia, el carácter de agencia o similar, y participación multilateral (AGE; CCAA), para el desarrollo de sistemas de información, evaluación de tecnologías y aprovisionamiento de bienes e insumos (compras) del SNS.

6) Creación de servicios de referencia comunes para el desarrollo de determinadas actividades bajo fórmulas diversas (laboratorios de referencia comunes en centros dependientes del Instituto de Salud Carlos III; servicios de referencia en centros gestionados por las CCAA). Abrir la posibilidad de que las CCAA que lo deseen puedan delegar en esos u otros órganos específicos creados al efecto el ejercicio de sus competencias en materia de salud pública.

7. Bibliografía del capítulo

- 1.- De la Quadra Salcedo T. *El modelo territorial español treinta y cinco años después. Documento de Trabajo 187/2014*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2014. Accesible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/el-modelo-territorial-espanol-treinta-y-cinco-anos-despues> .
- 2.- Rey del Castillo, J. *Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
- 3.- Saltman B, Bankauskaite, V, Vrangbaek, K, (eds). *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*. Open University Press/European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
- 4.- Adolph C, Greer SL, Massard da Fonseca E. *Allocation of Authority in European Health Policy*. *Social Science & Medicine*, 2012; 75(9): 1595-1603.
- 5.- Costa-Font J, Greer SL. *Federalism an decentralization in European Health and Social Care*. Hampshire: Macmillan Publishers, 2012.
- 6.- Beltrán Aguirre JL. (2002). *La frustrada independización de la asistencia sanitaria pública del sistema de Seguridad Social*. En: Cabasés JM, Aibar C, Villalbí JR. (eds.). *Invertir en salud: prioridades en salud pública: informe SESPAS 2002*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. p. 227-238.
- 7.- Tornos J. (2001). *La consideración constitucional de los servicios sanitarios*. En: Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid, Confederación Sindical de CCOO. P. 21-28.
- 8.- Vaquer M. (2001). *La consideración constitucional de los servicios sanitarios*. En: Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid, Confederación Sindical de CCOO. p. 41-61.
- 9.- Vidal-Folch X. *Golpe de mano centralista*. El País, 6 agosto 2013. Accesible en : http://elpais.com/elpais/2013/08/05/opinion/1375715499_882204.html .
- 10.- Solozábal JJ (ed). *La reforma federal. España y sus siete espejos*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2014.

- 11.- Rey del Castillo J. *Algunos comentarios para el análisis de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 1(3): 365-402.
- 12.- Solozábal JJ. *Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico*. Documento de Trabajo 89/2006. Madrid: Fundación Alternativas- Laboratorio de Alternativas, 2006. Accesible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/bases-constitucionales-de-una-posible-politica-sanitaria-en-el-estado-autonomico> .
- 13.- Penadés A, Urquizu I. *La reforma del Senado*. Estudios de Progreso 27/2007. Madrid: Fundación Alternativas, 2007. Accesible en: <http://www.falternativas.org/estudios-de-progreso/documentos/documentos-de-trabajo/la-reforma-del-senado-en-espana>.

Capítulo 3. Financiación y sostenibilidad económica del Sistema Sanitario Público Español

Índice

1. Una perspectiva internacional comparada de los servicios público sanitarios.....	118
1.1. Aspectos generales.....	118
1.2. La financiación sanitaria en países de organización política descentralizada.....	119
1.3. El caso de Canadá.....	121
2. Una descripción de la evolución y la situación de la financiación sanitaria en España.....	124
2.1. Los orígenes y la Ley General de Sanidad.....	124
2.2. El reparto de la financiación sanitaria entre Estado y Seguridad Social.....	126
2.3. El cambio de un sistema de financiación sanitaria específico a la inclusión de ésta en el sistema de financiación autonómica general.....	128
2.4. La financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica actual.....	130
3. Una valoración de la situación de la financiación sanitaria en España.	131
3.1. De la ineficiencia de la gestión y la distribución de la financiación sanitaria a las CCAA.....	131
3.1.1. Las ampliaciones presupuestarias de la financiación sanitaria realizadas.	132
3.1.2. Endeudamiento y déficit de las CCAA por su gestión sanitaria.....	133
3.1.3. La organización sanitaria autonómica y los déficits derivados de la misma.....	136
3.1.4. El recurso a formas privadas de financiación de la inversión y sus efectos.	137
3.2. De la suficiencia de la financiación sanitaria en España.....	138
3.2.1. Una valoración global de partida.....	138
3.2.2. Las demandas de mayor financiación sanitaria.	140
3.2.3. La situación de la financiación sanitaria desde el inicio de la crisis económica.....	142
3.2.4. Otra razón principal de la insuficiencia financiera a medio plazo del SNS.	144

3.2.5. Las medidas adoptadas para afrontar la insuficiencia de la financiación pública sanitaria.	145
3.3. La integración de los diversos sistemas de protección sanitaria con financiación pública existentes en España como instrumento añadido para mejorar la eficiencia del SNS.....	148
4. Análisis de las posibles propuestas de modificación de la financiación del sistema sanitario español.....	149
4.1. Un cambio necesario de las prioridades políticas en relación con la financiación sanitaria.....	149
4.2. Características generales de los instrumentos actuales de financiación sanitaria en España.	151
4.2.1. Composición.....	151
4.2.2. El papel de la AGE en la financiación sanitaria.	151
4.2.3. Bases legales del actual sistema de financiación sanitaria en España.....	152
4.3. Los problemas del actual sistema de financiación de la asistencia sanitaria.....	154
4.3.1. En relación con la gestión y la distribución de la financiación sanitaria.....	155
4.3.2. En relación con el problema de la insuficiencia de la financiación sanitaria.....	157
4.4. Posibles vías de solución para los problemas que afectan al sistema de financiación sanitaria.....	158
4.4.1. Separación del sistema de distribución de la financiación de la asistencia sanitaria de las CCAA de la distribución de la financiación destinada a la gestión de otras competencias propias de aquéllas.	159
4.4.2. En el contexto de una modificación del sistema de distribución de la financiación sanitaria propuesto en el apartado anterior, dar un papel activo al Ministerio de Sanidad en la distribución de un parte de la financiación sanitaria.....	162
4.4.3. Vías para mejorar la financiación sanitaria en un contexto de reducción del déficit y equilibrio presupuestario.....	163
a) La mejora de la eficiencia.	164
b) La utilización de tasas y copagos por el acceso a los servicios sanitarios.	166
c) Aumento de los ingresos fiscales para la financiación del SNS.	169

d) Otras propuestas complementarias.....	175
d.1) Integración de todos los sistemas de protección sanitaria con financiación pública existentes en España en el SNS.....	175
d.2) Establecimiento de un sistema de facturación automática entre CCAA por atención a pacientes desplazados.	176
5. Propuestas.....	177
6. Bibliografía del capítulo.	178

1. Una perspectiva internacional comparada de la financiación de los servicios públicos sanitarios.

1.1. Aspectos generales

Los mecanismos de financiación de cualquier sistema sanitario constituyen un elemento principal del mismo, y son la base sobre la que pivota no sólo su sostenibilidad económica, sino también la posibilidad de mantener la protección sanitaria, tanto en términos de amplitud de la cobertura personal como material, que estén definidos en su propia constitución.

En el caso de los sistemas sanitarios públicos universales constituidos, con la excepción de los Estados Unidos, en la mayoría de los países desarrollados a partir de mediados de los años 40 del siglo pasado, los mecanismos de financiación previstos incluyen una de dos formas diferenciadas de obtención y gestión de los fondos destinados a ese fin:

-en los sistemas tipo Beveridge, conocidos como “Servicios Nacionales de Salud”, que vinculan el derecho a la asistencia sanitaria a la condición de ciudadanía de cada país, la financiación sanitaria se obtiene a partir de impuestos generales, tanto directos como indirectos, con las peculiaridades en la composición de la aportación propias de cada uno.

-por su parte, los sistemas “de Seguridad Social”, o bismarckianos, se financian a partir de cotizaciones sociales de trabajadores y empresarios, que actúan como un impuesto específico a la creación y el mantenimiento de los puestos de trabajo, con las que constituyen fondos también específicos gestionados a través de “cajas de seguro” semipúblicas (caso de Alemania, Holanda o Austria) o de sistemas de Seguridad Social unificados (como en Francia), diferenciados de otros ámbitos de la actividad pública, y en cuya gestión participan también de forma propia de cada país los trabajadores y empresarios que contribuyen con sus aportaciones a su financiación.

A esas fuentes principales de financiación en cada caso se les añaden en todos los sistemas algunos copagos, que son especialmente comunes, aunque en diferente proporción, en el caso de la prestación farmacéutica (1; 2). Para otros ámbitos de prestación, de existir los copagos, éstos se caracterizan por ser de un nivel

suficientemente bajo como para no constituir una barrera en el acceso a las prestaciones correspondientes. Esto los convierte más en un instrumento dirigido de una u otra manera a orientar el uso de los recursos sanitarios, que en una fuente de financiación sanitaria significativa en términos absolutos o proporcionales al gasto sanitario global.

El principal problema actual de la financiación de todos los sistemas públicos con los recursos obtenidos por alguna de las vías descritas, o por varias a la vez, es su grado de suficiencia para compensar el gasto creciente que se está produciendo en todos los sistemas sanitarios, sin contribuir a elevar de manera excesiva el déficit público de cada país. En los países desarrollados, que han alcanzado hace tiempo la protección sanitaria universal, ese gasto creciente es principalmente consecuencia del uso masivo de recursos tecnológicos innovadores, principalmente productos farmacéuticos, pero también de otra naturaleza, que se viene produciendo por todos los sistemas sanitarios del mundo desarrollado con escaso, y en todo caso difícil, control, y con reducida capacidad de valoración de las ventajas añadidas de los nuevos productos que se están lanzando continuamente al mercado (3; 4). A las formas de afrontar el gasto creciente de ese origen, que es común también al sistema sanitario español, se refiere de manera específica un apartado posterior de este trabajo.

1.2. La financiación sanitaria en países de organización política descentralizada

Sin embargo, en los países de constitución federal o descentralizada, en los que la gestión de la atención sanitaria se lleva a cabo de manera habitual y de forma completa o parcial por las entidades políticas de segundo nivel existentes en cada caso (estados federados, länder, provincias como las canadienses) a ese problema general de sostenibilidad económica se le añade el de la contribución o distribución de la financiación entre esas entidades.

En este caso, el problema tiene características muy diferentes si los servicios sanitarios están organizados como servicios nacionales de salud, o como sistemas de Seguridad Social:

-Países de constitución federal, como Alemania, disponen de sistemas “de Seguridad Social”, en los que el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia sanitaria por la mayoría de la población se lleva a cabo a través de “cajas de seguro”, cuya

organización no es paralela a la organización política federal. Lo que conlleva problemas y soluciones muy diferentes a la hora de establecer y mantener la financiación de las entidades que llevan a cabo esa gestión.

Otro país de organización federal, como son los Estados Unidos, se caracteriza por ser el único entre los países desarrollados que carecen de servicios públicos sanitarios que ofrezcan protección sanitaria universal bajo unas u otras formas de organización, y limitan aquélla a grupos de población limitados (jubilados, pobres, veteranos de guerra). Por el contrario, la mayoría de aquélla recibe atención a través de la multitud de compañías privadas de seguro que existen allí, una fórmula que se ha ratificado en la reforma promovida por el presidente Obama y aprobada en 2010, que conlleva mecanismos y problemas de financiación muy distintos a los de cualquier país que disponga de un sistema público y universal de asistencia sanitaria.

- Por su parte, el país que se caracterizó durante mucho tiempo como el modelo más prototípico de “servicio nacional de salud”, el Reino Unido, dispone de una organización sanitaria independiente de los servicios sanitarios en cada una de las naciones que lo componen, sin mecanismos comunes de gobierno ni financiación de todos ellos. Cada uno de los servicios sanitarios de las distintas naciones establece unas condiciones organizativas y financieras propias, antes a través de Ministerios diferentes para cada nación que formaban parte del Gobierno británico y, tras el proceso de “devolución” a las naciones que tuvo lugar a finales de los años 90 del siglo pasado, mediante sus gobiernos respectivos, sin que en todo caso hayan cambiado sustancialmente sus mecanismos globales de financiación, que se hace por la llamada “fórmula de Barnett”(6).

La referencia habitual al “Servicio Nacional de Salud” (NHS) remite en realidad al servicio de salud de Inglaterra, y los mecanismos de distribución de su financiación mediante el sistema conocido como RAWP (por el grupo de trabajo que lo diseñó inicialmente, cuyo diseño ha ido cambiando sustancialmente, en especial en los últimos años, como consecuencia de la reformas introducidas en el NHS) se refieren en realidad a la distribución de los fondos a las regiones inglesas, que carecen de entidad política propia y representan sólo un nivel administrativo de organización (7).

- Si, para hacer más útil la comparación, ésta se limita a aquellos países que, como España, reúnen la oferta de una asistencia sanitaria universal vinculada a la

ciudadanía y una organización política federal o similar, con gestión descentralizada de los servicios sanitarios por entidades políticas de nivel regional o equivalente, el espectro de los países comparables se reduce tan solo a Canadá, un país de constitución federal que alcanzó esa doble situación por un camino específico propio, cuya evolución se describe, en razón de esa semejanza exclusiva, en el Anexo de este informe dirigido a describir las características de la organización y la financiación sanitaria en ese país.

1.3. El caso de Canadá.

Puesto que se trata de un caso de semejanza con las condiciones de nuestro país único en cuanto a reunir unas condiciones de protección sanitaria universal y la descentralización política de su gestión, resulta de interés resumir algunas características generales que se pueden derivar de las condiciones y la evolución de su sistema de financiación sanitaria (8; 9):

a) En primer lugar, cabe destacar que el establecimiento y el mantenimiento de la protección sanitaria universal en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos de un país federal o descentralizado, como es Canadá, precisa de la iniciativa y el apoyo político del gobierno federal o central, sin el cual no es posible mantener esas condiciones de la protección.

b) El apoyo político a esas condiciones de la protección sanitaria se tiene además que traducir en una intervención económica para lograr una protección sanitaria similar de los ciudadanos de todos los ámbitos de gobierno descentralizado del mismo nivel (en el caso de Canadá, las provincias) mediante mecanismos de nivelación económica proporcionados por el gobierno federal y financiados con sus propios recursos.

Las razones de la necesidad de esa intervención económica federal para lograr niveles similares de protección están en relación con las desigualdades en capacidad fiscal de las entidades federadas o descentralizadas, que son, como las provincias en Canadá, antes la regla que la excepción en cualquier país constituido de esa forma.

La propia constitución federal, o similar, de cualquier país supone la inclusión de territorios de características geográficas, poblacionales y económicas, y como consecuencia de ello, de capacidades fiscales, diversas. En cuanto a los servicios públicos sanitarios, resulta de imposible cumplimiento el deseo, expresado por un constitucionalista español en términos de facilidad para constituir un sistema federal

en relación con el problema catalán, de que "cada nivel de gobierno tuviera capacidad de recaudar los impuestos y recursos necesarios para financiar sus servicios" (10), menos aún si se pretende que éstos alcancen el mismo nivel en todos los territorios "federados".

Como consecuencia de esa situación, al menos una parte de esas entidades carece de capacidad económica para tomar la iniciativa de garantizar niveles similares de protección sanitaria siquiera a los ciudadanos residentes en su territorio, y no dispone tampoco de capacidad para mantener un mismo nivel de protección si ésta se hubiera establecido por decisión del gobierno central o federal y no se hubiera seguido del apoyo económico necesario para hacer factible esa decisión.

c) La sostenibilidad de la protección sanitaria universal e igualitaria en un país federal o descentralizado sólo parece posible si además se establecen por el gobierno federal ciertas condiciones generales de organización y prestación de los servicios, y se proporcionan también instrumentos de información económica y económico-sanitaria que hagan posible una gestión más eficiente de los mismos, incluyendo entre ellos la posibilidad de promover economías de escala y actuaciones comunes en ciertas áreas de prestación.

La capacidad de intervención del gobierno federal en el establecimiento y mantenimiento de esas condiciones parece estar en relación directa con el ejercicio del "poder de gasto" (*spending-power*) por parte del gobierno federal. Pero el condicionamiento al cumplimiento por las entidades descentralizadas de esas condiciones de carácter general, no relacionadas directamente con la gestión cotidiana de los servicios, para el libramiento a las provincias de, al menos, una parte de la contribución financiera federal para la atención sanitaria parece un instrumento complementario efectivo para garantizar que se mantienen esas condiciones en todo el sistema.

d) En los ámbitos de actuación en que está prevista la cooperación y la posibilidad de actuaciones comunes entre las entidades descentralizadas, los resultados económicos en términos de control del crecimiento del gasto parecen mejores que en aquellos otros ámbitos en los que no están previstas condiciones generales comunes y formas e instrumentos comunes de actuación.

Así parece deducirse de la comparación del crecimiento del gasto en Canadá en atención primaria y hospitalaria, sometidas a unas reglas comunes de organización y gestión, con el de la prestación farmacéutica, no incluida hasta ahora en el ámbito de

las condiciones universales e igualitarias de prestación (11). El ritmo de crecimiento del gasto en ese área, y el volumen económico alcanzado por la suma del gasto independiente de cada una de las provincias en ese ámbito, con resultados muy diferentes en la relación con las empresas del sector, que refuerzan su posición con una tendencia manifiesta a la concentración, constituye por sí mismo un importante obstáculo para promover instrumentos de gestión común, como demuestran las dificultades que se siguen observando en Canadá para poder incluir la prestación farmacéutica en el ámbito universal de la protección sanitaria.

e) Cuando ciertas prestaciones son susceptibles de proporcionarse en ámbitos territoriales diferentes al de residencia habitual de un ciudadano, sea por razones de desplazamiento ocasional, programado para una intervención concreta, o habitual por razones de proximidad geográfica más cercana a un centro situado en otra provincia diferente, la disponibilidad de un sistema de facturación entre provincias establecido y de funcionamiento ágil facilita en gran manera el cumplimiento de la condición de “portabilidad” del derecho a la atención sanitaria establecido como condición general del sistema a respetar por todas las provincias en su gestión.

f) Cabe también destacar el rechazo formal y efectivo a la imposición de copagos y tasas en la asistencia sanitaria en Canadá fuera del ámbito de la prestación farmacéutica, precisamente un terreno excluido del ámbito universal de la prestación. La exclusión de los mismos, vinculada a la condición de “accesibilidad” universal e igual a los servicios, está prevista como reconocimiento explícito de que los copagos aplicados por y en el momento del uso de los mismos son el mayor obstáculo para la igualdad en el acceso a ellos por parte de todos los ciudadanos sin diferencias por sus condiciones económicas, y que la imposición de tasas genera los mismos efectos de desigualdad en función de la condición económica de cada ciudadano.

La evolución de la regulación de estas cuestiones en Canadá permite resaltar también que, si se pretende un sistema “universal”, resulta imprescindible evitar las diferencias entre los ciudadanos de los distintos territorios en esta materia, existiendo una tendencia clara por parte de los gobiernos de las territorios con mayor nivel de renta a tratar de complementar su financiación con la imposición de unos u otras. Lo que se ha vetado de manera activa desde el gobierno federal como expresión de su compromiso e interés por el carácter universal de la atención.

g) En cuanto a los instrumentos a utilizar para proporcionar a las provincias un nivel suficiente de financiación para proporcionar un nivel similar de prestaciones y servicios, cabe destacar la evolución seguida en Canadá: partiendo de un sistema que aportaba mediante transferencias monetarias la financiación federal complementaria a la aportada con sus propios impuestos por las provincias, el sistema evolucionó hacia la cesión homogénea de impuestos a las provincias en sustitución de las transferencias monetarias que se realizaban antes.

La vía de la cesión de impuestos a las provincias tiene limitaciones derivadas de la diferente capacidad fiscal de aquéllas, y no evita la necesidad de una aportación nivelatoria compensadora por parte del gobierno federal, que, cuando se ha vuelto a poner en marcha en la última década, también como expresión del compromiso federal por aumentar la financiación sanitaria como objetivo político prioritario, ha vuelto a utilizar las transferencias monetarias como forma más adecuada de actuación.

2. Una descripción de la evolución y la situación de la financiación sanitaria en España

La peculiar evolución del Sistema Nacional de Salud español, nacido formalmente en 1986 a partir de un sistema de Seguridad Social creado durante la dictadura, cuyo ámbito de protección había alcanzado en ese año, aunque a través de “regímenes” diferentes, a más del 95% de la población española, ha determinado también una evolución peculiar de la financiación sanitaria, en la que caben destacar ciertos hitos de especial relevancia hasta llegar a su actual situación. En ésta, la financiación sanitaria de las CCAA de régimen común está integrada y forma parte del sistema de financiación autonómica general. Entre los hitos que han marcado esa evolución cabe destacar los siguientes:

2.1. Los orígenes y la Ley General de Sanidad.

Partiendo de un sistema de Seguridad Social que se financiaba casi al completo por cotizaciones sociales, con una aportación reducida y minoritaria del Estado, la Ley General de Sanidad (LGS) estableció un sistema “provisional” de distribución de los fondos destinados a la asistencia sanitaria (“de la Seguridad Social”) a las CCAA que

en aquel momento disponían de capacidad competencial de asumir su gestión (sólo las 4 CCAA que habían accedido a la autonomía por la vía prevista en el artículo 151 de la CE, es decir, Cataluña, País Vasco y Navarra, a las que se había añadido Andalucía. Posteriormente se sumaron al sistema otras 3, Galicia, Valencia y Canarias, que modificaron sus Estatutos de autonomía correspondientes para hacer posible su asunción. Esto hace un total de 7 CCAA sometidas a ese sistema “provisional” de financiación).

Ese mecanismo de distribución de la financiación sanitaria, establecido en el artículo 82 de la LGS, preveía que *“la financiación de esos servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida...La desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de la población protegida será anulada en el transcurso de diez años al ritmo de un 10 por 100 anual”*.

Hasta 1994 los criterios legales citados se aplicaron de manera distinta a cada una de las 7 CCAA que fueron recibiendo los traspasos en esas condiciones, resultando beneficiadas o perjudicadas en términos económicos cada una de ellas en función de la afinidad política con el gobierno (socialista) de la nación. Esa situación se hizo políticamente insostenible, y en ese año se llegó a un acuerdo por el que los criterios de definición de la población protegida y los períodos de adaptación a los mismos a partir de la financiación inicial, fijada en cada caso en el “coste de los servicios traspasados”, se hicieron homogéneos.

Tabla 2. Porcentajes del presupuesto global del INSALUD asignados a las CCAA que recibieron los traspasos del INSALUD entre 1992 y 1996.

Comunidad Autónoma y año de traspaso	1981-1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Porcentajes a partir del nuevo plan de financiación establecido en 1994.				
												1994	1995	1996	1997	
												Cataluña (1981)	---	16,30	16,25	16,20
Andalucía (1984)		17,47	17,47	17,51*	17,55	17,59	17,63	17,67	17,71	17,72	17,72	17,72	17,72	17,72	17,72	
Valencia (1987)						9,62	10,18	10,82	10,18	10,18	10,18	10,18	10,18	10,09	10,07	10,05
País Vasco ** (1987)						5,72	5,72	5,72	5,72	5,72	5,72	5,684	5,648	5,612	5,576	
Galicia (1991)									6,044	6,158	6,272	6,462	6,651	7,03	7,03	
Navarra *** (1991)									1,185	1,185	1,185	1,222	1,259	1,296	1,33	
Canarias (1994)												3,917	3,910	3,904	3,896	

* Porcentaje a partir de 1986 asignado con efectos retroactivos por Resolución del M^o Trabajo y SS de 23 Noviembre 1993.

** y *** Porcentajes con cargo al Presupuesto del INSALUD. La asignación total de recursos se hacía sin embargo, para el País Vasco, por el porcentaje del Cupo (6,24%) y para Navarra por el índice de importación de la aportación foral al Estado (1,6%).

Fuente: Presupuesto del INSALUD
Capítulo 3 en La elaboración de los Presupuestos de la SS.
Barea Tejero (compil.). Madrid. Farmaindustria. 1996

2.2. El reparto de la financiación sanitaria entre Estado y Seguridad Social

Hasta 1989 la aportación del Estado a la financiación de la asistencia sanitaria apenas creció, de manera que la financiación de la Seguridad Social siguió constituyendo la parte más importante de la misma, tanto en términos absolutos como proporcionales. La distribución de los fondos correspondientes a cada una de esas CCAA a medida que iban recibiendo los traspasos, e incluso la de los fondos correspondientes a la parte de la asistencia sanitaria cuya gestión no se había traspasado a las CCAA y llevaba a cabo el INSALUD, se siguió, por su parte, realizando por la Tesorería General de la Seguridad Social.

En 1989 tuvo lugar un cambio significativo, aunque de carácter más formal que real: aprovechando que en aquel momento los fondos destinados a la asistencia sanitaria por la Seguridad Social eran de una cuantía equivalente a los destinados por la AGE al pago de las pensiones no contributivas, se adoptó la decisión de que a partir de entonces la asistencia sanitaria se financiara por una cuantía equivalente con cargo a los impuestos generales, mientras que las pensiones no contributivas pasaron a financiarse por la Seguridad Social, manteniendo en todo caso a partir de entonces esa distribución de responsabilidades, con independencia de su evolución económica posterior. De esa forma, y aunque el cambio no había supuesto un aumento real de su gasto por la aportación a la financiación de la asistencia sanitaria, el Estado, a través de los impuestos generales recaudados, pasó a convertirse en el principal financiador de la misma, de manera acorde con el modelo de “servicio nacional de salud” que se había adoptado en la LGS.

Este cambio formal en las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria, considerada como prestación universal no contributiva, fue ratificado después en 1995 en el Pacto de Toledo (12). Pese a lo cual, la Tesorería General de la Seguridad Social siguió ejerciendo como distribuidora de los fondos sanitarios a las CCAA, para lo que recibía a su vez el traspaso por la cuantía fijada desde el Ministerio de Hacienda. El papel gestor de aquélla en la distribución de esos fondos, incluso al INSALUD no traspasado, permitió a su vez que ese órgano de la Seguridad Social hiciera efectivo conforme a sus propios criterios, que otorgaban la prioridad “de caja” al pago de las pensiones de las que era directamente responsable, el libramiento (mensual) de los fondos sanitarios a las administraciones correspondientes. Los retrasos en la recepción

de los fondos sanitarios que esto provocó en distintos momentos generó la necesidad de que las administraciones autonómicas responsables de la gestión de la asistencia sanitaria debieran recurrir en ocasiones a obtener préstamos de entidades financieras para poder hacer efectivos sus pagos o, de manera especialmente frecuente, a retrasar éstos a sus proveedores, lo que contribuyó a la ineficiencia del sistema de financiación.

La intervención de la Tesorería General de la Seguridad Social en la distribución de la financiación de la asistencia sanitaria sin ningún otro cambio formal en el sistema de financiación tuvo también otro efecto “perverso”: aunque en esa partida de financiación la participación del Estado a través de sus presupuestos generales era ya proporcionalmente muy mayoritaria tras el cambio descrito, determinadas ampliaciones de la misma, a las que se hace referencia más adelante, se hicieron en forma de “préstamos de la AGE a la Seguridad Social”. Con el paso del tiempo, ese “préstamo”, generador de una supuesta deuda de la Seguridad Social con el Estado no resuelta, ha dado pie en varias ocasiones al intento por gobiernos del PSOE y el PP de resolverla con la cesión de centros sanitarios, que patrimonialmente son propiedad de la Seguridad Social, a las CCAA, una vez que todas ellas han recibido el traspaso de la responsabilidad de su gestión. Aunque esa cesión no se ha llegado a consumir en ningún caso, diferentes CCAA, singularmente la catalana, han esbozado planes, que no han llegado a aplicarse, para, una vez producido dicho traspaso, proceder a la venta de los mismos a entidades privadas que quisieran adquirirlas, con el fin de contribuir con ello a la reducción de su déficit, procediendo después al alquiler del uso de los propios centros a quienes asumiesen la propiedad de los mismos a fin de mantener la atención.

A partir de 1989 la aportación del Estado a la financiación de la asistencia sanitaria fue creciendo de manera paulatina, a la vez que se reducía la de la Seguridad Social. Este proceso de sustitución de la financiación de la asistencia sanitaria por la Seguridad Social por los fondos del Estado alcanzó su desarrollo completo en 1999. A partir de ese año, y a diferencia de lo que ocurre otros países dotados de servicios nacionales de salud financiados por impuestos, en los que se mantiene alguna aportación minoritaria del sistema de Seguridad Social correspondiente para la asistencia sanitaria, esa aportación desapareció por completo, siendo hecha en su totalidad con cargo a los impuestos generales recaudados por la AGE.

En esa nueva situación la financiación de la asistencia sanitaria se mantuvo aún durante un plazo de tres años como un sistema finalista independiente del sistema de financiación autonómica general. De la misma manera, durante ese plazo, e incluso dos años después de que, como se describe a continuación, la financiación de la asistencia sanitaria se integrase en ese sistema general de financiación autonómica, la Tesorería General de la Seguridad Social siguió desempeñando el papel de intermediaria en la distribución de los fondos destinados a la asistencia sanitaria a las administraciones que eran responsables de su gestión.

2.3. El cambio de un sistema de financiación sanitaria específico a la inclusión de ésta en el sistema de financiación autonómica general.

En diciembre de 2001, con efectos en enero de 2002, tuvo lugar un doble proceso simultáneo, consistente, de una parte, en efectuar el traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria a las diez CCAA que todavía no lo habían recibido (para lo cual todas ellas debieron previamente modificar sus Estatutos de autonomía correspondientes, incluyendo en los mismos la posibilidad de asumir la gestión de servicios de la Seguridad Social). A la vez, se incluyó la financiación de la asistencia sanitaria en el sistema de financiación autonómica general.

Este doble proceso tuvo como finalidad principal hacer posible la cesión de una cesta de impuestos más amplia y homogénea a todas las CCAA sometidas al sistema de financiación autonómica general (todas menos el País Vasco y Navarra). Una cesión que no hubiera sido posible justificar si cada una de aquéllas no hubiera recibido el traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria, que suponía (y sigue suponiendo) un promedio, con tendencia creciente, del 40% del presupuesto y el gasto de cada una de las CCAA sometidas a ese sistema de financiación. La obligatoriedad de la aceptación del traspaso sanitario impuesta a cada CA para que le fuera aplicable el nuevo sistema de financiación, que suponía para cada una cuando menos una mayor disponibilidad global de fondos, fue recurrida en su momento por el Partido Socialista. Éste, por otra parte, salvo ese aspecto, apoyó el nuevo diseño del sistema de financiación autonómica, sin que hasta la fecha haya habido un pronunciamiento del Tribunal Constitucional al respecto sobre la cuestión recurrida.

En el sistema de financiación de 2001 (13) los fondos atribuidos a cada CA en concepto de su responsabilidad en la gestión de la asistencia sanitaria de su propia

población eran objeto de un cálculo específico de las “necesidades sanitarias” de ésta, en función de determinadas características de la misma (definidas sobre todo en función de sus características etarias, sobre la base de considerar el mayor nivel de gasto de la población de mayor edad, sin demostración previa alguna de la contribución real de este factor a las diferencias en las necesidades de gasto de cada CA). El sistema regulaba la integración en una “bolsa” común del conjunto de la financiación recibida por cada CA por distintos conceptos (otras “necesidades de gasto” se calculaban en función de coeficientes distintos a los sanitarios). Por su parte, esa “bolsa” quedaba a libre disposición de cada una de aquéllas para su distribución entre las diferentes finalidades o competencias a financiar. El sistema, aplicado desde 2002, preveía, sin embargo, la garantía de determinados niveles de financiación dedicada a la sanidad por parte de cada una de las CCAA durante los tres primeros años de su nuevo funcionamiento, y posteriormente un mínimo obligatorio de gasto sanitario, en ambos casos como garantía de que la cesión de la gestión de los servicios sanitarios no iba a suponer una reducción de su financiación y el empeoramiento de la atención prestada como consecuencia del traspaso efectuado.

El nuevo sistema preveía también la existencia de determinados fondos sanitarios específicos de menor cuantía que contribuían a la financiación sanitaria, de los cuales sólo uno de ellos, el de cuantía menor (10.000 millones de pesetas previstas en el primer año, en función de los pacientes “desplazados” recibidos por cada CA), financiado por la AGE, suponía un aportación adicional a la financiación calculada en función de las “necesidades sanitarias” de cada CA.

Por el contrario, la incorporación de la financiación sanitaria al sistema de financiación autonómica general supuso la eliminación de la previsión de cualquier clase de nivelación sanitaria entre las CCAA entendida como igualación en la atención sanitaria a recibir por los ciudadanos de cada una, en recursos materiales necesarios para ello, o en acceso a los mismos, y de cualquier intervención de la AGE para lograrla en unos u otros de esos términos: el sistema preveía sólo “asignaciones de nivelación” (económica) en aquellos casos en que el aumento de población de una determinada CA superase en más del 3% la media nacional de incremento de la población, lo que en ningún caso ocurrió. Convirtió así en referencia única de esa nivelación la garantía de unos niveles mínimos de financiación dirigida a la asistencia sanitaria por parte de cada CA, excluyendo a la vez también en la práctica los

mecanismos de cooperación y las economías de escala que, vía la mejora de la eficiencia global del sistema, podían contribuir a reducir sus niveles globales de gasto.

2.4. La financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica actual.

Desde el punto de vista sanitario, el sistema de financiación aprobado en 2009, que todavía sigue en vigor, supuso una vuelta de tuerca más en la separación entre los mecanismos financieros y la previsión específica de unos niveles similares de asistencia sanitaria por parte de todos los ciudadanos españoles, con independencia de su CA de residencia. Supuso también un paso atrás añadido a la renuncia por parte de la AGE a desempeñar un papel equilibrador y de garantía de unos niveles similares de atención sanitaria por parte de aquéllos.

Los cambios en la regulación financiera significaron la eliminación de los métodos de cálculo de las “necesidades” de financiación de las CCAA, incluidas las sanitarias, previstas en el sistema anterior. Ese cálculo se sustituyó por coeficientes poblacionales generales, actualizables año a año, y la estimación del coste estándar por habitante de un paquete de servicios públicos, incluidos los sanitarios, común a todas ellas que, combinados, determinan las necesidades de gasto de cada CA. De la misma forma, se suprimieron los distintos “fondos” sanitarios de “suficiencia” y complementarios, previstos en el sistema de financiación anterior.

El nuevo sistema supuso una ampliación de la cesión de tributos a todas las CCAA en una misma proporción, y previó que la atención de esas necesidades generales de gasto por parte de cada CA se llevara principalmente a cabo con ellos. El objetivo pretendido y la justificación utilizada para justificar la ampliación de la cesión tributaria fue otra vez aumentar la “corresponsabilidad fiscal” de aquéllas, un resultado cuya consecución real si no se añadían otras condiciones ya había sido puesto en cuestión con el incremento de la cesión de impuestos que había supuesto el sistema de financiación previo (14).

Para el caso de que los resultados de la recaudación de los tributos cedidos no alcanzase en alguna CA el nivel necesario para atender las “necesidades de gasto” calculadas de la manera indicada (lo que viene ocurriendo por parte de la mayoría de las CCAA, con la excepción de Baleares, Cataluña y Madrid, cada una de ellas en diferente proporción) el nuevo sistema previó la existencia de un “Fondo de Garantía

de Servicios Públicos Fundamentales” (sanidad, educación y servicios sociales), constituido sólo con aportaciones de la AGE con cargo a sus propios impuestos, que añade año a año lo necesario en cada caso para alcanzar el nivel de financiación capitativa establecido para esos servicios. Para el ejercicio financiero de otras competencias el sistema no prevé ningún mecanismo o garantía de nivelación. Por su parte, los “excesos” de recaudación obtenidos por cualquier CA respecto a los niveles de “necesidades de gasto” calculadas quedan a disposición de la CA correspondiente como fondos a disposición de cada una que los obtenga, para su propia gestión.

3. Una valoración de la situación de la financiación sanitaria en España.

3.1. De la ineficiencia de la gestión y la distribución de la financiación sanitaria a las CCAA.

El denominador común deducible de la descripción hecha en el apartado anterior es que el interés sobre la financiación sanitaria en nuestro país se ha centrado ante todo y de manera prioritaria en los mecanismos de su distribución a las CCAA, dejando al margen cualquier interés demostrable por el uso de los fondos atribuidos para ello a cada CA en el ejercicio de su gestión. Esta situación se ha dado tanto durante el período en el que el sistema sanitario disponía de un sistema de financiación finalista independiente del sistema autonómico general de financiación, como durante los períodos transcurridos desde 2002, año en el que la financiación sanitaria, dada su importancia proporcional en la presupuestación y el gasto de cada una de las CCAA, se integró en este último, a cuyas modificaciones se ha ido adaptando como una parte principal del mismo.

Algunas actitudes y actuaciones concretas de las administraciones, tanto la central como las autonómicas, en la gestión de las competencias sanitarias, en especial las relativas a la asistencia sanitaria, han derivado a su vez en una ineficiencia manifiesta de la gestión de la financiación sanitaria.

3.1.1. Las ampliaciones presupuestarias de la financiación sanitaria realizadas.

Un análisis añadido de ciertos mecanismos de ampliación presupuestaria, que en determinados momentos se han sumado a la financiación sanitaria “ordinaria” para ampliar la financiación del conjunto del sistema, permitiría incluso considerar que la forma de hacer efectiva esa ampliación ha contribuido a inducir una mala gestión del presupuesto sanitario de cada CA, llevado a cabo en todo caso sin ningún seguimiento ni control por parte de la AGE. Por su parte, ésta parece así haber centrado sus propios objetivos en quedar exenta de cualquier responsabilidad sobre la asistencia sanitaria y las condiciones de su prestación. Esas “ampliaciones presupuestarias” han adoptado formas distintas en diferentes momentos:

- durante la década de los noventa del siglo pasado se llevaron a cabo unas llamadas "operaciones de saneamiento", hasta cuatro, para resolver las deudas del INSALUD no traspasado. En esos casos, la distribución de fondos adicionales a las CCAA se basó en cada una de esas operaciones tan solo en la aplicación de coeficientes proporcionales a la población de cada una, al margen del nivel de endeudamiento financiero o con los proveedores que pudiera tener cada CA y de cuál hubiera sido su gestión anterior, sobre la que, por otra parte, no se requirió ninguna información para el desarrollo de esas “operaciones”.

Tabla 3. Cuantía de las operaciones de “saneamiento” financiero del INSALUD entre 1992 y 1996 y distribución por CCAA.

SANEAMIENTO 1991-1996					
COMUNIDAD AUTONOMA	1992	1993	1994	1995	1996
ARAGON	5.430.519.806	3.876.896.502	6.257.599.155	1.147.094.622	1.642.504.697
ASTURIAS	7.997.547.173	4.531.389.863	7.985.629.674	584.164.402	836.454.775
BALEARES	4.736.379.377	1.921.475.414	2.594.572.526	744.640.688	1.066.237.958
CANTABRIA	3.097.280.030	2.414.024.268	4.822.685.724	811.373.195	1.161.791.066
CASTILLA Y LEON	14.861.721.065	6.489.305.814	11.858.179.403	3.600.718.482	5.155.805.726
CASTILLA-LA MANCHA	9.411.830.582	4.558.445.675	8.244.316.672	1.955.364.952	2.799.852.827
EXTREMADURA	6.420.745.210	2.898.410.098	6.127.543.829	613.974.612	879.139.484
MADRID	56.899.703.499	25.755.827.904	62.623.316.505	9.821.571.119	14.063.335.657
MURCIA	5.819.003.222	2.531.715.834	3.937.254.668	880.206.528	1.260.352.310
LA RIOJA	1.264.693.513	699.722.837	724.085.003	190.764.922	273.152.950
CEUTA	276.361.235	89.483.232	469.530.804	107.447.609	153.852.349
MELILLA	346.271.829	120.545.815	245.060.647	78.886.520	112.956.226
TOTAL CC. AA.	116.562.056.541	55.887.243.256	115.889.774.610	20.536.207.651	29.405.436.035
C.N. DOSIM.	7.489.548			435.049	622.939
OTROS CC.GG.	459.453.911	1.147.411.172	2.002.879.940	1.069.484.432	1.531.376.026
INSALUD NO TRANSF.	117.028.000.000	57.034.654.428	117.892.654.550	21.606.127.132	30.937.435.000
ANDALUCIA	46.938.000.000	23.470.000.000	49.117.222.000	10.122.274.000	14.493.909.000
CATALUNA	42.720.000.000	21.361.000.000	44.374.027.000	9.054.066.000	12.964.360.000
C. VALENCIANA	27.352.000.000	13.676.000.000	28.410.127.000	5.815.167.000	8.326.636.000
PAIS VASCO	16.805.000.000	8.403.000.000	13.322.242.000	3.568.286.000	5.109.367.000
GALICIA	16.550.000.000	8.276.000.000	17.189.134.000	3.582.782.000	5.130.124.000
NAVARRA	4.300.000.000	2.149.000.000	3.412.879.000	913.975.000	1.308.705.000
CANARIAS	8.865.000.000	5.912.345.573	11.273.279.450	3.223.424.000	4.615.566.000
INSALUD TRANSF.	163.530.000.000	83.247.345.573	167.098.910.450	36.279.974.000	51.948.667.000
TOTAL INSALUD	280.558.000.000	140.282.000.001	284.991.565.000	57.886.101.132	82.886.102.000

NOTA: En la tabla anterior, Canarias, a donde el INSALUD fue traspasado en 1994, figura incluido también en años anteriores dentro del INSALUD transferido. Las cifras de las CCAA en los que el INSALUD no estuvo transferido en ningún momento del período indicado son distribuciones internas del presupuesto del propio Instituto.

Fuente: elaboración a partir de datos de la Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión MSC.

-una actuación similar se llevó a cabo en 2005, cuando la gestión del INSALUD se había traspasado por completo a la totalidad de las CCAA, estableciendo en este caso para ello unos criterios específicos de distribución de los fondos aprobados por una de las escasas Conferencias de Presidentes que se han celebrado, a la que se alude más adelante, criterios que permitieron una distribución “asimétrica” de los fondos aprobados en esa ocasión (15). Esa distribución, como había ocurrido en las operaciones de diez años antes, benefició principalmente de hecho a las CCAA, en particular Cataluña, desde cuyo gobierno se podía proporcionar el apoyo necesario para un gobierno del Estado que disponía de un apoyo parlamentario sin mayoría suficiente para su propia gestión.

La previsibilidad, por su repetición, de esas aportaciones adicionales se fue sumando así a la ausencia de información económica de las CCAA como incentivo perverso para la ineficiencia de la gestión sanitaria autonómica, con diferencias significativas entre distintas CCAA, que ahora es imprescindible corregir si se quiere hacer sostenible desde el punto de vista económico el SNS.

3.1.2. Endeudamiento y déficit de las CCAA por su gestión sanitaria.

Esa carencia de información sobre la gestión económica de las CCAA en las materias sanitarias, y de manera especial de la realizada en la asistencia sanitaria, que suponía y supone la parte más importante del gasto sanitario, ha propiciado también que muchas CCAA hayan recurrido con frecuencia a mecanismos de endeudamiento para aumentar la financiación de sus servicios cuando éstos han incurrido en déficits presupuestarios.

En ausencia de esa información, no cabe discernir con exactitud si los déficits y las deudas correspondientes son atribuibles, o en qué proporción lo son, a supuestas insuficiencias financieras, siempre atribuidas a la insuficiencia de los fondos recibidos de la AGE para afrontar el ejercicio de las competencias sanitarias, o a una mala gestión de los fondos destinados presupuestariamente a la gestión de estos servicios.,

que suponen en todo caso la partida más importante, ahora igual o superior al 40%, de los presupuestos y el gasto de cada CA. Las diferencias existentes entre distintas CCAA en el control de su déficit y en las deudas con los proveedores, deudas cuya existencia era conocida desde hace más de dos décadas por vías indirectas, como las demandas periódicas de los proveedores para que les hiciesen efectivos los pagos atrasados, cuando todas las administraciones autonómicas han estado sometidas a iguales sistemas de financiación comúnmente aceptados, permiten en todo caso considerar con un alto grado de probabilidad que la gestión sanitaria respectiva ha jugado un papel importante en la generación de uno y otras.

Un estudio llevado a cabo en 2005 por un grupo de trabajo constituido en el Instituto de Estudios Fiscales (16), en relación con la celebración de la Conferencia Presidentes de aquel año, en el que participaron representantes de los Ministerios de Hacienda y Sanidad y los de todas las CCAA, señaló que, en cifras absolutas, a finales del ejercicio de 2003 las deudas sanitarias pendientes de contabilizar se elevaban a 6.036 millones de euros, el 80% de la cual estaba en manos de las Comunidades de Cataluña (2.176 millones), Andalucía (1.558 millones) y Valencia (1.112 millones). Por su parte, las CCAA que registraban una mayor proporción de deudas pendientes en relación con su gasto total para el año 2003 eran, por orden de proporción, Canarias (cuyo volumen de deuda representaba el 7,5% del total de gasto devengado en dicho ejercicio), la Comunidad Valenciana (7,3%), Baleares y Cataluña (6,5%), y Castilla y León (6,3%), siendo el porcentaje correspondiente al conjunto de Comunidades y Ciudades Autónomas (el cálculo incluía Ceuta y Melilla, gestionadas por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) del 4,3%. El conocimiento en aquel momento de los datos mencionados no sirvió, sin embargo, para que, producida la solución de una parte de esas deudas con la "operación de saneamiento" llevada a cabo en aquel año con las decisiones adoptadas por la Conferencia de Presidentes, se evitasen a partir de entonces la reproducción del endeudamiento y los retrasos en los pagos por parte de varias CCAA, en especial de las que ya por entonces ocupaban los primeros lugares de esa situación.

En el momento actual las deudas de las CCAA, de nuevo y como siempre significativamente diferentes entre ellas, constituyen un problema específico en el contexto de la crisis económica que está lastrando la recuperación. Esta situación ha precisado en el período más reciente de nuevas "operaciones de saneamiento" de las

deudas con los proveedores, que de otra forma habrían carecido de solución, especialmente en el caso de determinadas CCAA.

En este caso, el “saneamiento” de las deudas con los proveedores, financiado con créditos gestionados por el Instituto de Crédito Oficial (ICO), que debían ser devueltos en plazos de hasta diez años conforme a los términos de un Real Decreto-Ley, el 7/2012, aprobado en marzo de ese año, supuso un cierto alivio momentáneo para algunos de aquéllos; entre ellos, en particular, de manera destacada los propietarios de las oficinas de farmacia, la supervivencia de cuyo negocio, al menos el de una parte de ellas, las de menor tamaño, ha quedado puesto en cuestión en distintas CCAA, como la catalana, y en especial la valenciana, pero también en otras, aunque el problema haya sido menor.

Por otra parte, en el caso de las CCAA citadas, el pago de las deudas atrasadas no sirvió siquiera para ponerse al día del pago de las nuevas deudas generadas con los proveedores. Por su parte, para las CCAA en general, la operación ha supuesto además aumentar su endeudamiento financiero y comprometer, con los pagos adicionales que deben hacer, los objetivos de déficit de las administraciones autonómicas correspondientes, y con ello las políticas de estabilidad presupuestaria diseñadas para salir de la crisis económica, con objetivos que se han comprometido con la Unión Europea.

La Ley 17/2012, de Presupuestos Generales del Estado para 2013, añadió un mecanismo adicional para facilitar el pago a los proveedores y evitar la generación de nuevas deudas con ellos, limitando a la vez las posibilidades de endeudamiento financiero de las CCAA. El mecanismo, previsto en la disposición adicional septuagésima segunda de esa ley, suponía la creación de una “central de compras” estatal, a la que se invitaba a las CCAA a adherirse, para garantizar el pago a los proveedores. La adhesión a la misma, no obligatoria, facultaba al Estado, según los términos de la disposición citada *“a retener o deducir de los importes satisfechos por todos los recursos del sistema de financiación de las comunidades autónomas y las ciudades con estatutos de autonomía, las cantidades necesarias para atender al cumplimiento de las obligaciones asumidas por la comunidad autónoma respectiva, previa aceptación expresa de ésta en el acto o convenio a través del cual se formalice la incorporación al instrumento de cooperación”*.

De las cuatro comunidades (Andalucía, Comunidad Valenciana, Madrid y Castilla-León) que acumulaban más de la mitad de las deudas a laboratorios farmacéuticos y

empresas de tecnología sanitaria en aquel momento, sólo Madrid se adscribió inicialmente a la plataforma estatal, comprometiéndose a utilizarla sólo en los casos en que a través de ella lograra precios más bajos que los que obtuviera de los proveedores de manera individual. Como consecuencia del rechazo mayoritario, y después de numerosas negociaciones, la plataforma no llegó a constituirse salvo para la compra de vacunas, prefiriendo la mayoría de las CCAA seguir manteniendo sus propias relaciones con los proveedores, a través o no de centrales de compras autonómicas o provinciales, dando preferencia a los pagos a los proveedores que consideren más conformes a sus propios intereses, y generando nuevas deudas, de cuantía no controlada, con otros.

3.1.3. La organización sanitaria autonómica y los déficits derivados de la misma.

Un aspecto añadido de los efectos sobre el gasto sanitario de la nula preocupación de la AGE por la gestión presupuestaria sanitaria de las CCAA y la ausencia de información sobre la misma es la contribución que esa posición ha podido suponer para inducir un modelo de organización y dotación de los servicios sanitarios de cada CA tendente a la autosuficiencia de cada una para prestar la totalidad de los servicios necesarios para atender a su población "propia".

La multiplicación de centros y servicios que eso ha supuesto ha tenido no sólo efectos económicos, sino también sobre la calidad de los servicios prestados: ciertas CCAA, especialmente algunas uniprovinciales de menor tamaño poblacional, no generan con su propia población una demanda suficiente como para alcanzar los "umbrales" de actividad necesarios para lograr niveles homologables de calidad de la atención. Esta situación afecta de manera especial a ciertos tipos de cirugías más complejas, pero también a la dotación y el uso de determinados recursos tecnológicos más novedosos (escáneres, resonancias magnéticas, aceleradores lineales de partículas y otros), para el que no se ha previsto ninguna forma cooperativa de utilización.

El resultado es que la dotación de este tipo de recursos ha seguido un ritmo de crecimiento en nuestro país mayor que en cualquier otro (17), superando los niveles de dotación en relación con la población de la mayor parte de ellos, sin ningún control de los efectos que ese aumento de la dotación tiene sobre los niveles de salud de la población en general, e incluso sobre la de los grupos de población susceptibles de su utilización. Las políticas de concesión de la implantación y el uso de estas tecnologías a entidades privadas para uso público, que han tenido un desarrollo preferente por

parte de determinadas CCAA, como la Valenciana y la de Madrid, han tenido un papel importante en facilitar esa forma de expansión explosiva, poco comparable a la que se ha dado en otros países.

Esas pautas de expansión tecnológica "autárquica" contribuyen a incrementar sin necesidad los costes de la asistencia sanitaria, que cada CA afronta en principio con sus propios recursos económicos, sin ningún instrumento de control ni racionalización.

3.1.4. El recurso a formas privadas de financiación de la inversión y sus efectos.

Otra expresión de esa tendencia a la organización autosuficiente de cada CA son las políticas de creación de nuevos centros llevada a cabo por algunas CCAA, sobre bases de planificación racional poco claras o inexistentes, basadas en la oferta de creación de centros como instrumento programático electoral a nivel local con gran capacidad de atracción, que se han utilizado por los partidos políticos de todas las tendencias sin distinción.

Para el caso de los centros hospitalarios, un cálculo habitual es que el gasto de construcción de un hospital resulta equivalente al gasto de su gestión durante un año, por lo que el problema económico principal de los centros nuevos no es tanto o sólo la inversión necesaria para su construcción, sino también su mantenimiento posterior.

La limitación de los recursos económicos públicos disponibles para la inversión necesaria para la construcción de nuevos hospitales, en un momento en el que los propios conceptos de hospital y de su uso están puestos en cuestión, se ha resuelto de manera cada vez más amplia por diferentes CCAA con la utilización de fórmulas (PFI, PPP) de financiación privada de la construcción de los centros, compensada con el pago de un canon anual prefijado por la gestión de la totalidad o una parte del centro (normalmente, cuando es así, la de los servicios no sanitarios) durante un plazo prolongado, en ningún caso inferior a los veinte años. La razón "funcional" para la utilización de esas fórmulas, que tienen por otra parte connotaciones ideológicas y efectos privatizadores innegables, se encuentra en que las "deudas" que se contraen con ellas no computaban hasta ahora a efectos de contabilización de la deuda pública conforme a los criterios contables de la Unión Europea, una situación que se ha empezado a poner en cuestión en los últimos años.

Al margen de los costes añadidos en que, como se ha demostrado en diferentes estudios, se incurre con esas fórmulas de financiación de la inversión (18; 19; 20; 21;

22; 23), el incremento global de costes por la adición de nuevos centros, en especial cuando, como ha ocurrido en Madrid, se añade un número muy amplio de ellos en un corto espacio de tiempo, ha hecho que la creación de éstos se haya acompañado de manera inevitable de recortes en la financiación de los centros ya existentes. Lo que se ha traducido en la reducción de plantillas y de recursos tecnológicos previamente disponibles, con efectos manifiestos sobre la cantidad y la calidad de la atención prestada en estos últimos.

3.2. De la suficiencia de la financiación sanitaria en España.

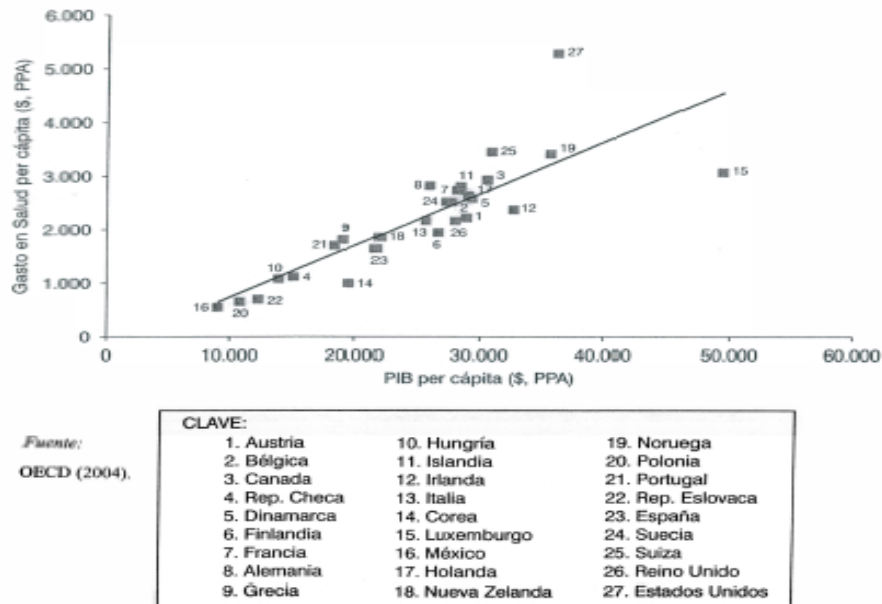
En relación con la financiación, su grado de suficiencia en relación con el coste creciente de los servicios sanitarios ha siempre motivo de atención permanente, y de cuestionamiento de parte de las CCAA, en especial a medida que éstas iban asumiendo la gestión de la asistencia sanitaria.

3.2.1. Una valoración global de partida

Desde un punto de vista global, el gasto sanitario en España se ha venido ateniendo a grandes rasgos a lo largo del tiempo a los patrones de gasto en relación con el nivel de riqueza expresado en términos de PIB per cápita que se da en la mayoría de los países desarrollados: si esa relación se representa, como viene haciendo la OCDE desde hace años, en forma de recta de regresión, la posición de España en términos de gasto sanitario per cápita se ha venido siempre ajustando a la misma, siempre también un poco por debajo, pero sin alejarse sustantivamente de ella (es el punto 23 en la figura siguiente), de lo que le correspondería según su PIB per cápita conforme a esa relación.

La situación española reflejada en esa relación se ha venido interpretando por una parte importante de los observadores como una expresión de las ventajas de la forma de organización de nuestros servicios sanitarios, mayoritariamente públicos y genéricamente universales, con unos niveles de prestación de servicios fundamentalmente similares a los de otros países de nuestro entorno, antes que como una expresión de la necesidad de aumentar su nivel de financiación.

Gráfico 1. Gasto sanitario per cápita versus PIB per cápita en países de la OCDE en 2002.



De la relación citada se deduce también con carácter general que todos los países tienden a aumentar su gasto sanitario a medida que aumenta su nivel de riqueza, aunque todos tienden a hacerlo en una proporción similar, con la excepción de los Estados Unidos, que gasta mucho más en servicios sanitarios del que correspondería a su nivel de riqueza (sin que, como se repite de manera sistemática, eso consiga elevar el nivel de salud del conjunto de su población).

España no es una excepción a esa regla y, a medida que aumentaba el nivel de riqueza del país, medida en términos de PIB, aumentaba también el gasto sanitario, a expensas principalmente del aumento del gasto público. Que la posición de nuestro país se haya mantenido a lo largo del tiempo en una posición similar en relación al conjunto de países que forman parte de la OCDE se explica porque el crecimiento del gasto sanitario, en especial del público, sobre el PIB no es un fenómeno exclusivo de España, sino que ha seguido una evolución similar en otros países cercanos, como el Reino Unido o Alemania.

Por otra parte, el ritmo de crecimiento del gasto sanitario público en España en relación con el PIB ha venido siendo superior al de este último desde 1999 hasta 2009, creciendo por encima de aquél incluso en ese año y el 2008, cuando ya había empezado la crisis económica. Ese ritmo de crecimiento por encima del observado en el PIB llevó a que la participación del gasto sanitario total en este último el PIB alcanzase en 2009 la cifra máxima del 9,62% (con una participación del gasto público del 6,7%,). Sin embargo, estas cifras se han ido reduciendo desde entonces a expensas

de la reducción del gasto público, pese a la reducción simultánea del PIB, hasta ser en 2011 del 9,3% (con un porcentaje del gasto público del 6,5% en 2011, y del 6,2% en 2012) (24).

3.2.2. Las demandas de mayor financiación sanitaria

Pese a los datos de crecimiento del gasto sanitario en relación con el PIB, las demandas de mayor financiación para nuestro sistema sanitario basadas en la consideración de que estaba financiado por debajo de lo necesario para equipararla con la de otros países, que han sido frecuentes desde las CCAA y desde algunas organizaciones ("de Defensa de la Sanidad Pública") obtuvieron, sin embargo, un cierto soporte objetivo durante los primeros años de la década de los 90 del siglo pasado en las políticas de presupuestación sanitaria desarrolladas desde el Ministerio de Hacienda y aplicadas al ámbito del INSALUD.

Tabla 4. Evolución de presupuestos, gastos y participación en el PIB de España del gasto total del INSALUD (transferido y no transferido a CCAA) hasta 1996 (incluye operaciones de saneamiento).

Año	P.I.B	% Incr. interanual P.I.B	Ppto.. inicial	Ppto. liquidado	Gasto efectivo	Participación en P.I.B.		
						% P. inicial	% P. liq.	% G. ef.
1.982	19.722.635	--	695.447	762.498	--	3,5	3,9	--
1.983	22.531.766	14,24	800.436	843.590	--	3,6	3,7	--
1.984	25.519.539	13,26	875.214	900.756	--	3,4	3,5	--
1.985	28.200.885	10,51	970.354	1.015.666	--	3,4	3,6	--
1.986	32.323.992	14,62	1.049.032	1.154.811	--	3,2	3,6	--
1.987	36.143.972	11,82	1.155.019	1.307.647	--	3,2	3,6	--
1.988	40.158.739	11,11	1.350.682	1.497.547	1.640.000	3,4	3,7	4,1
1.989	45.044.100	12,17	1.574.005	1.795.841	1.892.000	3,5	4,0	4,2
1.990	50.145.200	11,32	1.851.144	2.065.984	2.171.000	3,7	4,1	4,3
1.991	54.900.800	9,48	2.108.863	2.259.351	2.474.869	3,8	4,1	4,5
1.992	59.002.100	7,47	2.389.141	2.845.265	2.775.858	4,0	4,8	4,7
1.993	60.904.300	3,22	2.671.321	2.991.052	2.933.240	4,4	4,9	4,8
1.994	64.673.000	6,19	2.845.480	3.225.516	2.982.301	4,4	5,0	4,6
1.995	69.333.200	7,21	3.224.068	3.312.370(*)	3.228.734(**)	4,7	4,8	4,7
1.996	74.500.500	7,45	3.474.422			4,7		

Fuente del PIB: Hasta 1.993: Anuario Estadístico del I.N.E. 1.994-1.996: Escenario Macroeconómico M^o. Economía y Hacienda para el cálculo del escenario del nuevo modelo de financiación de la asistencia sanitaria.

Nota: A partir del año 1.995, ninguna magnitud incluye amortizaciones. El Presupuesto Inicial de 1.996 se corresponde con el Presupuesto prorrogado, más el suplemento de crédito aprobado por Real Decreto-Ley 1/1996, de 19 de enero.

Fuente: Dirección General de Programación Económica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 1.996.

Como puede verse en el cuadro anterior, durante ese período, el presupuesto inicial del Instituto de cada año era sistemáticamente inferior al gasto efectivo del año anterior, y más aún a la cifra computada unos meses después cuando se realizaba la liquidación del presupuesto de ese ejercicio anterior. El camino para llegar a ese resultado tenía que ver con los procedimientos aplicados por el M^o de Hacienda para fijar la presupuestación del INSALUD: al presupuesto inicial, calculado para cada año

con un incremento sobre el del año anterior, se le restaban a continuación determinadas cantidades presentadas como efectos previstos de medidas de ahorro que se proponían aplicar cada año en determinados ámbitos de gestión, sin comprobar siquiera los efectos reales que éstas u otras medidas similares hubieran tenido el año anterior. El resultado en términos de presupuestos iniciales de cada año era el que se ha indicado antes. Esa forma de presupuestación irreal tenía por objetivo principal acomodar formalmente los presupuestos sanitarios a los "criterios de convergencia" europeos que establecieron después las bases para el desarrollo de la moneda común, pero careció de eficacia real para controlar el gasto sanitario del INSALUD. Menos aún para controlar el de las CCAA, sobre cuya gestión económica se carecía de información, que obtenían sus fondos de la aplicación de los coeficientes poblacionales proporcionales a los que se ha hecho referencia en un apartado anterior. Por otra parte, las deudas "ocultas en los cajones" del INSALUD, que daban cuenta del gasto real realizado cada año, dieron lugar a las periódicas "operaciones de saneamiento" a que se ha hecho alusión en el mismo apartado anterior.

La continuidad de formas anómalas similares de presupuestación y gestión ahora que no existe ya el INSALUD ha sido puesta de manifiesto de manera expresa en el reciente informe del Tribunal de Cuentas nº 1034, relativo al ejercicio económico de las CCAA durante los años 2010 y 2011, en el que se indica que *“la tendencia generalizada de realizar gastos en el ejercicio sin la necesaria cobertura financiera conlleva a la no contabilización en éste de un relevante monto económico de gasto”*, añadiendo, para mayor semejanza con la situación descrita en los apartados anteriores, que *“la falta de la contabilización de las obligaciones generadas en el ejercicio corriente y su derivación a ejercicios posteriores conlleva la consecuyente morosidad en el pago a acreedores, cuyo impacto económico se manifiesta en los importes de los intereses de demora y costes resultantes de las reclamaciones administrativas y judiciales efectuadas por éstos... Se observa un paulatino incremento, con especial relevancia en algunas CCAA, en la consignación de compromisos de gastos con cargo a ejercicios futuros, que puede distorsionar la sostenibilidad financiera del sistema autonómico de gestión sanitaria”*.

La situación presupuestaria y de gasto descrita dificulta que se pueda hacer una valoración con un grado de objetividad adecuado del grado de suficiencia global de la financiación sanitaria en España, teniendo además en cuenta la elasticidad del gasto sanitario y la capacidad de ampliar sin fin la demanda en este terreno. Lo que no evita

considerar que la demanda de mejor información de la financiación recibida y el gasto realizado por las CCAA es un instrumento imprescindible para mejorar la eficiencia del sistema. Y que ésta es una condición igualmente imprescindible, aunque por sí sola no sea suficiente, para garantizar la sostenibilidad económica del SNS.

3.2.3. La situación de la financiación sanitaria desde el inicio de la crisis económica.

Desde el inicio de la crisis económica, una parte muy importante del grado de (in)suficiencia de la financiación sanitaria está en la caída del nivel de los ingresos obtenidos de la recaudación de los impuestos adscritos, con carácter general no finalista, a la financiación de las CCAA, incluida la de sus servicios sanitarios.

La caída principal de los ingresos públicos como consecuencia de la crisis, principalmente de los procedentes de los tributos, se produjo entre 2007 y 2009, por un valor de más de 67.000 millones de euros. La recuperación del nivel de ingresos, conforme a los patrones de caída de la actividad económica que todavía se mantienen, sigue siendo muy lenta: según datos de la Agencia Tributaria disponibles, los impuestos devengados fueron casi iguales en 2012, primer año en que se inició una ligera recuperación de la recaudación (160.142 millones de euros) que en 2008 (159.495 millones de euros), siendo la de los años intermedios inferior a esta última.

Por su parte, la persistencia de una bolsa de fraude fiscal muy significativa (según Gestha, la asociación de técnicos de Hacienda, la cifra podría elevarse a cerca de 60.000 millones de euros; un informe del Consejo Económico y Social (25) consideraba en 2013 que puede alcanzar el 6% del PIB), resulta una amenaza real para la sostenibilidad económica de los servicios públicos. Con sólo la cantidad citada sería posible afrontar el coste actual de los servicios sanitarios (57.000 millones) sin ninguna reducción, una reflexión que trasladaba a la opinión pública recientemente la organización Intermón-Oxfam (26).

A su vez, las políticas fiscales que se han ido siguiendo en los últimos años mantienen una ratio entre el total de ingresos fiscales y el PIB de alrededor del 35% (35,1% en 2011), 9,5 puntos por debajo de la media de la UE-27 (44,6%), y por debajo de aquellos países que, como Grecia (40,9%), Italia (46,1%) o Portugal (44,7%) protagonizan con España la crisis de la deuda soberana (27).

Unos y otros datos contribuyen a considerar que en nuestro país sería posible aumentar los ingresos públicos por la vía de la reducción del fraude y el aumento selectivo de la presión tributaria sobre los grupos de población que tienen capacidad de soportarla, y que con ello se podría facilitar el sostenimiento y la suficiencia financiera de los servicios públicos, entre ellos los sanitarios (28).

Sin embargo, la vía adoptada hasta ahora en España, impuesta desde los organismos europeos, es la contraria: priorizar la reducción del déficit sin elevar, e incluso reducir, los impuestos ha llevado a que, más allá de la reducción de los ingresos fiscales que se ha producido, la reducción del gasto público, también del sanitario, haya constituido por sí misma el objetivo principal. Un objetivo llevado a cabo, por otra parte, con gran eficacia, aunque el mismo haya conllevado el deterioro de los servicios públicos: según datos del informe sanitario de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) de 2014 (*OECD Health Data*) (29), el gasto sanitario, que venía cayendo desde 2008, continuó cayendo en 2012 en países europeos como Grecia, Italia, Portugal y España, así como en la República Checa y Hungría. En Grecia la OCDE destaca que el gasto sanitario en 2012 fue un 25% inferior al de 2009, una situación similar a la que, aunque en niveles más limitados, se da en España, que cabe atribuir a la reducción personal y material de la cobertura sanitaria: aquí el gasto sanitario público consolidado ha pasado de ser de 1.510 euros por habitante en 2009 a 1.357 euros por habitante en 2012, una reducción del 10,2%. El ritmo decreciente del gasto sanitario público fue aquí del -1,7% en 2010 respecto a 2009, de -1,9% en 2011 respecto a 2010 y, después de las medidas adoptadas por el RD-Ley 16/2012, de -5,7% en 2012 respecto a 2011.

Esta situación contrasta ahora con la de países de fuera de Europa, como Chile y Méjico, que en 2012 apuntaron crecimientos del gasto sanitario del 6,5% y el 8,5% respectivamente. En estos casos, ese ritmo de crecimiento se ha debido en buena parte a la extensión de la protección sanitaria a grupos más amplios de población. Es una situación que en Europa en general, y en España en particular, estaba ya superada por la cobertura universal, pero que ahora, como consecuencia de las medidas de recorte del gasto público adoptadas, está aquí empezando a retroceder.

Todo ello permite considerar que la insuficiencia de los ingresos tributarios para mantener la financiación sanitaria actual en nuestro país no es tanto la causa del deterioro observado de los servicios públicos sanitarios, y de la insuficiencia de su financiación, sino un instrumento más puesto al servicio de ese deterioro en el

contexto de la crisis económica. Y ello pese a que, como se comentaba en la introducción de este informe, ni el sostenimiento del Estado de Bienestar en general, ni en concreto el de los servicios públicos sanitarios, haya estado en el origen de esta crisis, ni resulte tampoco incompatible con la salida de ésta con otra clase de políticas fiscales y económicas.

3.2.4. Otra razón principal de la insuficiencia financiera a medio plazo del SNS.

La otra razón principal para poner en cuestión la suficiencia financiera actual del sistema, no tanto en el período más inmediato, sino principalmente en el medio y el largo plazo, no viene del lado de los ingresos, sino del gasto.

Como se indica en el primer apartado de este capítulo, ese gasto sanitario creciente, que es común a todos los países desarrollados, es principalmente consecuencia del consumo masivo de recursos tecnológicos innovadores, principalmente productos farmacéuticos, pero también de otra naturaleza, que se viene produciendo por todos los sistemas sanitarios del mundo desarrollado. Las dificultades de control de ese consumo, que los propios productores tienen una enorme capacidad de inducir mediante su influencia sobre los pacientes-consumidores, los prescriptores, y los propios reguladores (las administraciones públicas) que establecen sus precios y las condiciones de su incorporación al mercado en cada país, se describen con mayor amplitud en otros apartados de este informe.

La previsión de que este consumo suponga problemas crecientes para la capacidad de financiación pública de la mayoría de los países deriva en especial del gasto que pueden provocar en el futuro productos de nueva generación, algunos de ellos de síntesis química, pero muchos producidos con procedimientos biotecnológicos, que están abriendo nuevas posibilidades de tratamiento en procesos oncológicos, con componentes inmunitarios, o de otra naturaleza, que hasta ahora carecían del mismo. En muchos casos esos nuevos productos requieren además adaptaciones de los tratamientos a las condiciones individuales de cada paciente, previo conocimiento de sus perfiles genéticos, desarrollados en muchos casos por las mismas empresas que fabrican los productos utilizados, con la elevación consiguiente del gasto generado por su uso.

La demanda reciente de la utilización por los pacientes afectados por hepatitis C de un nuevo tratamiento antiviral que, a diferencia de otros tratamientos anteriores combinados, que obtenían tasas de éxito no superiores al 60% de los casos tratados,

alcanza a curar a la práctica totalidad de los casos, y cuyo precio propuesto en España fue inicialmente de 60.000 euros por paciente y año, es buen ejemplo de los problemas de suficiencia financiera de todos los sistemas sanitarios, también del nuestro para afrontar esos tratamientos (30).

Las respuestas de todos los sistemas, también aquí, para adaptarse a los costes crecientes de esos nuevos productos abarcan procedimientos distintos, incluidos el diseño de protocolos para delimitar el uso de los mismos a indicaciones y situaciones concretas de desarrollo de las enfermedades correspondientes; los contratos de colaboración con los productores para asumir la reducción de los precios aplicados en caso de superar determinados niveles de uso, y hasta la posibilidad de acuerdos entre países con intereses comunes, a nivel europeo, para lograr niveles de precios más adecuados.

Tales actuaciones, todas ellas de resultados limitados todavía por comprobar, frente a una presión sostenida de los grupos de pacientes que se pueden ver beneficiados por el uso de esos nuevos productos, hacen previsible en todo caso que se vaya generando también la necesidad de aumentar los recursos económicos destinados a financiar esos nuevos tratamientos, y que para ello no sean suficientes las vías de financiación dirigidas hasta ahora a sufragar el gasto público sanitario.

3.2.5. Las medidas adoptadas para afrontar la insuficiencia de la financiación pública sanitaria.

Dejando aparte los problemas generados principalmente por la difusión de la utilización de nuevos productos a la que se ha aludido en el apartado anterior, la caída de los ingresos públicos destinados a la financiación sanitaria producida desde el inicio de la crisis económica, que se sigue manteniendo, ha dado lugar a movimientos en dos sentidos diferentes:

-de una parte, se ha recortado con carácter general el ámbito personal y material de las prestaciones sanitarias, mediante medidas que se concretaron principalmente en el RD-Ley 16/2012.

-de otra, la búsqueda de fuentes adicionales de financiación se está orientando de manera preferente hacia el recurso a las aportaciones individuales, en formas de copagos y tasas aplicadas para el acceso a los servicios y a prestaciones concretas, como los consumos farmacéuticos ambulatorios, e incluso, como se ha sugerido

recientemente de manera expresa por el grupo de expertos convocado por el Gobierno para proponer medidas de reforma fiscal (31), se ha empezado a sugerir, quizás como globo-sonda, la implantación de copagos para el acceso a la asistencia sanitaria, tanto en el nivel de la atención primaria como en el de la hospitalaria.

Llevada a cabo la reducción de impuestos que tuvo lugar en los primeros días de Julio de 2014 (32), que no siguió las pautas recomendadas por el grupo de expertos mencionado, el Gobierno, sin embargo, había incluido previamente en el informe de estabilidad más reciente remitido a la Comisión Europea (33) la posibilidad de implantar nuevos copagos (en este caso por el acceso a la atención sanitaria de uno u otro nivel), si la bajada de impuestos, por entonces sólo anunciada, provocara una caída brusca de los ingresos del Estado.

Las limitaciones y posibles inequidades de esta vía que, al parecer, se pretende potenciar se han hecho explícitas en forma de reducción de los consumos con el aumento de los copagos farmacéuticos extrahospitalarios aplicado conforme a los dispuesto en el RD-Ley 16/2012 (34). Esos efectos resultan contradictorios con los costes crecientes de los servicios sanitarios, que los hace cada vez menos susceptibles de afrontarse por las economías individuales. Por el contrario, la reducción de los consumos va aparejada con un aumento de las contribuciones individuales a la financiación de los servicios, que está provocando desigualdades crecientes en el acceso a los mismos como consecuencia de las diferencias en capacidad económica para afrontar el pago de la aportación exigida.

Hay además también un acuerdo general en que los copagos deben ser en todo caso de una cuantía limitada, más dirigida a modificar comportamientos en los consumos sanitarios que a constituirse en una vía de aumento de la financiación. Esto está provocando que el efecto principal del aumento de los copagos farmacéuticos ya implantado no sea un aumento real de la financiación, sino tan solo la reducción del gasto público, que de hecho se ha producido de forma significativa en lo que respecta al gasto farmacéutico, por la reducción de los consumos.

Están también aún por valorar con rigor los resultados sanitarios del aumento o instauración nueva de los copagos aplicados en términos de potenciales impactos negativos sobre la salud, en especial sobre los grupos de población de capacidad económica menor. Valorar esas repercusiones sanitarias requeriría además conocer también de qué forma se han reducido los consumos por los copagos por grupos terapéuticos, dado que los efectos médicos de la supresión del uso de unos y otros

tipos de medicamentos puede ser muy distinta. Hasta ahora no se dispone de ningún estudio que permita conocer esa distribución de la reducción de los consumos, lo que permite afirmar que la medida se ha aplicado sólo por sus resultados económicos potenciales, sin ninguna consideración sobre la equidad de la medida en términos sanitarios,

Además, la eficacia de los copagos para reducir el consumo de los productos farmacéuticos de uso ambulatorio parece haber sido sólo temporal, expresándose en forma de descenso puntual del número de recetas y nivel de gasto si se comparan con los previos a su implantación. Por el contrario, al no haberse introducido ningún cambio en los otros incentivos que determinan las pautas de prescripción y de consumo de esos productos, tras el efecto temporal de la elevación de los copagos se ha recuperado el ritmo de crecimiento sobre el gasto del año anterior que se venía manteniendo antes de su implantación, sin se haya producido ninguna modificación en las tendencias de prescripción y consumo subyacentes (35), aunque partiendo ahora de niveles más bajos de consumo.

Tampoco se han considerado hasta ahora los efectos en términos de aumentos del gasto a medio plazo que pudieran tener los copagos aplicados a los tratamientos de pacientes afectados por patologías crónicas o más complejas si, como parece que podría estar empezando a ocurrir (los datos de algunas ONGs lo sugieren así) (36), algunos grupos de pacientes de menor capacidad económica dejan de adquirir la medicación por razones económicas, precisando después intervenciones sanitarias más costosas, o comprometiendo los efectos de intervenciones complejas, como algunos trasplantes, ya realizadas

Por otra parte, España, conforme a los informes más recientes de la OCDE, es el país de los del ámbito de esa organización en el que más han crecido las desigualdades económicas en relación y como consecuencia de las políticas aplicadas durante la actual crisis económica (37; 38). La aplicación de copagos para el acceso a la atención sanitaria fuera del ámbito de la prestación farmacéutica, y el mantenimiento de los aplicados en este terreno, agravados por la imposición de un nuevo copago del 10% desde 1 de octubre de 2013 sobre los medicamentos de dispensación hospitalaria (cuya aplicación, ante el rechazo manifestado por la mayoría de las CCAA, llevó al ministro Alonso a anunciar la renuncia a hacerla efectiva al poco de acceder al cargo) (39), convertiría a los servicios sanitarios en contribuyentes netos al aumento aún

mayor de las desigualdades económicas, en sentido contrario a los efectos redistributivos que cabría esperar de estos servicios.

Todo ello sugiere la necesidad de buscar formas alternativas a los copagos para contribuir al mantenimiento de niveles adecuados de financiación de los servicios sanitarios, incluidas aquéllas que mejoren la eficiencia de éstos.

3.3. La integración de los diversos sistemas de protección sanitaria con financiación pública existentes en España como instrumento añadido para mejorar la eficiencia del SNS.

La constitución de un "servicio (sistema) nacional de salud" como instrumento para hacer efectivo el ejercicio del derecho universal e igualitario a la protección sanitaria en general, y a la asistencia sanitaria en particular, supuso una opción específica por las economías de escala y la utilización universal de unos mismos servicios como instrumentos al servicio de la eficiencia y la sostenibilidad financiera del sistema.

El mantenimiento treinta años después de la LGS de sistemas de protección independientes del SNS para determinados colectivos, los más destacados las mutualidades de funcionarios civiles y militares MUFACE, MUGEJU e ISFAS, que son además financiadas de manera independiente y a través de entidades administrativas distintas con presupuestos diferentes a los del SNS, pese a hacerse con cargo a los mismos impuestos generales con lo que se financia éste, constituye por sí mismo una expresión clara de la ruptura de los instrumentos financieros previstos para garantizar la sostenibilidad de la protección sanitaria universal e igualitaria de toda la población.

Contribuir a ésta exige, por eso, la integración en un mismo sistema de financiación de las partidas presupuestarias destinadas a la financiación de estos sistemas de protección diferenciados con las destinadas al SNS.

Por el contrario, debe evitarse de manera específica lo ocurrido previamente con la integración en el SNS de otros colectivos inicialmente al margen de la protección del éste, entre ellos la población de los "cupos de beneficencia" cuya protección se financiaba y ejercía por las corporaciones locales: la cesión en 1989 de estos "cupos" a las entidades gestoras del SNS (en aquel momento el INSALUD y sólo cuatro CCAA) no supuso ningún traspaso de los fondos destinados a la asistencia de esos grupos de población desde las entidades correspondientes al SNS. La dispersión de la

responsabilidad de la gestión de esos "cupos" en numerosas corporaciones locales dificultó hasta hacerla imposible una consideración económica global de ese proceso. A la inversa, la centralización del funcionamiento de las mutualidades citadas facilita esa valoración económica global, que se debe traducir en un incremento neto de la financiación global del SNS, paralela a la integración de los sistemas de protección en el SNS. Aunque las dificultades para llevarla a cabo, principalmente de carácter corporativo, con el apoyo de las entidades de seguro privadas que se benefician de ese sistema independiente de financiación, son evidentes, no hay ninguna razón compatible con el ejercicio del derecho universal e igualitario a la asistencia sanitaria que justifique por más tiempo, tampoco por razones financieras el mantenimiento de esa situación.

4. Análisis de las posibles propuestas de modificiación de la financiación del sistema sanitario público español.

En los apartados anteriores se ha realizado el análisis de diferentes aspectos de la situación actual de la financiación del sistema sanitario español. De ese análisis se resaltan algunos aspectos peculiares, que pueden servir para orientar cuales deberían ser los cambios más importantes a introducir en el mismo, así como el sentido que deberían tener.

4.1. Un cambio necesario de las prioridades políticas en relación con la financiación sanitaria.

La primera observación es que el desarrollo del sistema de financiación se ha ido adaptando a las condiciones de la organización política del país y de la prestación sanitaria en cada momento, condiciones que eran de partida distintas a las de otros países cuando éstos constituyeron sus sistemas públicos de protección sanitaria y establecieron el carácter universal de la protección: no es lo mismo el camino seguido por Canadá, país de organización federal desde su independencia, para constituir su sistema público de protección sanitaria universal limitada que se ha descrito, que el seguido en nuestro país para, como tarea principal, descentralizar la gestión a las

CCAA de una cobertura sanitaria que era ya casi universal, aunque diversificada en distintos sistemas de protección. Por el contrario, mantener a la vez el carácter universal e igualitario de la protección sanitaria vinculada a la condición de ciudadanía española, al revés que en Canadá, no ha constituido aquí un objetivo prioritario, pese a que formalmente lo fuera y así se hubiera establecido en la LGS, dando por hecho que el enunciarlo en la norma bastaba para lograr su consecución.

Como consecuencia de esa situación de partida diferente, durante muchos años, los transcurridos desde la promulgación de la propia Constitución Española hasta la integración del sistema de financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica general, los debates prioritarios en el terreno de la financiación sanitaria se centraron en la definición de la distribución a cada una de las CCAA que debía hacerse de la financiación sanitaria finalista de la que disponía el sistema sanitario centralizado existente, a medida que cada una de aquéllas ellas iban asumiendo su gestión. Por parte de las CCAA asumir la gestión de la asistencia sanitaria ha sido siempre un objetivo de carácter principalmente financiero antes que sanitario, centrado en obtener el mayor nivel de ingresos posibles para su propia gestión. Por otra parte, y a efectos de la distribución a efectuar no se disponía de ningún modelo comparado, aunque en ocasiones se tratase de utilizar para ello el modelo inglés del RAWP, previsto en todo caso para la distribución de una financiación común a entidades sin personalidad política propia.

Una vez integrada la financiación sanitaria desde 2002 en el sistema de financiación autonómica común, una integración guiada de nuevo por razones financieras, y no de mejora de la gestión ni la cobertura universal sanitaria, los debates sobre los coeficientes de distribución de lo que era un presupuesto común que caracterizaron el período anterior carecen de sentido y deben centrarse, por el contrario, en la puesta en marcha de mecanismos financieros que doten a las CCAA responsables de la gestión sanitaria de una financiación suficiente para mantener una condiciones universales homogéneas de protección, aunque ese planteamiento deba tener como corolario necesario la reducción de las notables diferencias existentes tanto en presupuesto como en gasto sanitario per cápita entre las diferentes CCAA (40). Una situación en la que el único modelo comparable disponible, aunque con características propias derivadas de la “senda” seguida para establecer condiciones universales para una protección sanitaria que era antes competencia de sus provincias, es Canadá.

4.2. Características generales de los instrumentos actuales de financiación sanitaria en España.

4.2.1. Composición

Si se compara el actual sistema de financiación sanitaria español, integrado en el sistema común de financiación autonómica, con el canadiense, cabe una primera observación general: en el actual sistema de financiación español, que se viene aplicando desde 2009, se da, en coincidencia con el canadiense, una parte de financiación principal basada en los impuestos propios o cedidos a las CCAA. A la vez, existe un fondo de nivelación, aunque en nuestro caso no sea específico sanitario, en forma de transferencias monetarias para compensar las insuficiencias financieras de la mayoría de las CCAA para alcanzar los niveles de gasto previstos en el modelo por la prestación de los servicios sanitarios, educativos y sociales por las CCAA, fondo que que es financiado en su totalidad por la AGE.

4.2.2. El papel de la AGE en la financiación sanitaria.

Lo que en el modelo español resulta diferente es que la aportación del Estado a la financiación autonómica, en todo caso de carácter no finalista, constituye una aportación “obligada” por las reglas del propio sistema, en la que no cabe ninguna distribución discrecional para el establecimiento y el desarrollo de objetivos sanitarios concretos, ni siquiera para garantizar el mantenimiento de aquellas condiciones que hagan efectivo el mantenimiento del carácter universal de la protección sanitaria.

Por otra parte, este objetivo no parece haber estado nunca entre las prioridades de ninguno de los gobiernos que han ejercido la responsabilidad del gobierno de la AGE: así se puede deducir de la renuncia de hecho que han venido realizando todos los gobiernos de la democracia, con independencia de su color político, a desempeñar un papel activo en el ejercicio de esa función; igualmente, de la facilidad con la que se asumieron las traspasos de la asistencia sanitaria a diez CCAA como condición para la integración de la financiación sanitaria en el régimen de financiación autonómica. Esa integración no supuso prever ninguna cautela ni mecanismo de garantía del mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria, que, por su parte, como demuestra la experiencia de Canadá, no se derivan sólo de unas condiciones de financiación similares (de hecho, la cláusula de una financiación

sanitaria capitativa similar para todas las provincias no estableció en Canadá hasta 2008, casi treinta años después de que lo fueran las restantes).

4.2.3. Bases legales del actual sistema de financiación sanitaria en España.

Desde un punto de vista formal, esa situación es hasta ahora consecuencia del “deslizamiento” en la interpretación de la distribución de las competencias en materia de asistencia sanitaria que se ha descrito en apartados anteriores. Conforme a esa interpretación, el traspaso de la asistencia sanitaria a las CCAA bajo el título de “gestión de servicios de la Seguridad Social”, una vez completado, pasó a ser considerado como “sanidad”, un ámbito que es de competencia propia de las CCAA, en el que las posibilidades de intervención de la AGE, en especial en lo relativo a su financiación, se encuentran, en apariencia, reducidas a la nada. Como ejemplo de esta interpretación, diferentes sentencias del TC habían venido declarando la imposibilidad de que la AGE pudiera establecer una distribución de subvenciones para promover el desarrollo de programas de salud específicos que sea diferente de la distribución que se hace de los fondos generales sanitarios. Este criterio, que resulta sin duda de aplicación a las materias relacionadas con la “sanidad e higiene”, ámbito en el que se desarrollaban esos programas, en su aplicación al campo de la asistencia sanitaria parecía un exceso de interpretación que podría ser puesto en cuestión.

Lo peculiar de ese “deslizamiento” es que no se sostenía de manera expresa sobre ninguna norma legal, sino tan solo en la práctica derivada de la integración de la financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica común. Lo que parecía significar que se asumía de hecho que el ejercicio de las competencias y funciones en asistencia sanitaria por parte de la AGE no difiere del correspondiente a ninguna otra competencia “propia” de las CCAA.

La carencia de bases legales expresas que lo establecieran así hacían, sin embargo, que, desde un punto de vista legal, se pudiera derivar en consecuencia con ello que bastaría con una modificación del sistema de financiación autonómica, recogiendo algunas peculiaridades del régimen de financiación de la asistencia sanitaria, para permitir, si así se estableciese en la modificación, mecanismos de intervención financiera por parte de la AGE para preservar la conservación de determinadas condiciones generales de la protección sanitaria en su gestión por las CCAA. Entre ellas se podrían incluir algunas como las que están previstas en Canadá, orientadas a garantizar la universalidad y la igualdad de la protección sanitaria.

La posibilidad de esa interpretación se ha visto reforzada por las sentencias del TC 71/2014 y 85/2014, mediante las que se declaró la inconstitucionalidad del euro por receta por las CCAA de Cataluña y Madrid. Entre los fundamentos jurídicos de la primera de ellas, que estableció los principios aplicados también en la segunda, se recuerda de manera expresa que *“la vinculación entre la competencia básica en sanidad y su soporte económico tiene su contrapartida en el propio sistema de financiación de las Comunidades Autónomas que, como expusimos en nuestra STC 204/2011, de 15 de diciembre, expresamente abarca las competencias sanitarias. Hasta tal punto fue así, que la aplicación del propio sistema establecido 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 y de ciudades con Estatuto de Autonomía, se condicionó a la aceptación, por cada Comunidad Autónoma, de la competencia de gestión de los servicios de asistencia sanitaria, condicionamiento que en la citada sentencia 204/2011, consideramos acorde con la Constitución (FJ 6)). En fin, la conexión entre la sanidad y su financiación se encuentra en la actualidad expresamente recogida en el art. 15.1 de la LOFCA, a cuyo tenor” el Estado garantizará en todo el territorio español el nivel mínimo de los servicios fundamentales de su competencia. A efectos de este artículo, se considerarán servicios públicos fundamentales la educación, la sanidad y los servicios sociales esenciales”. Esta garantía se concreta en la “transferencia del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales”, que recoge el art. 9 de la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias, cuya finalidad consiste precisamente en “asegurar que cada Comunidad Autónoma recibe los mismos recursos por habitante ajustado para financiar los servicios públicos fundamentales esenciales del Estado de Bienestar”, reiterando en un párrafo posterior que “...en el caso de la sanidad la competencia básica alcanza también a su régimen de financiación...”. Por otra parte, estas razones constituyen la base para rechazar las tasas establecidas en su momento, suspendidas previamente en su aplicación, fijadas por los gobiernos catalán y madrileño.*

Los términos de la sentencia citada permitirían considerar en consecuencia con ella que, en la línea de lo indicado en los párrafos anteriores, mediante una modificación del sistema de financiación autonómica, y sin necesidad de modificar la distribución

competencial (las sentencias citadas aluden de hecho a la diferenciación de la asistencia sanitaria de las restantes competencias sanitarias, lo que supone reconocer en la práctica que su traspaso tiene su origen en el artículo 41 de la CE, y no sólo en el 43) sería posible establecer la intervención de la AGE en la financiación sanitaria de las CCAA mediante una distribución no “obligada” por completo de las partidas dirigidas a la financiación sanitaria. O, de otra manera, que sería posible el establecimiento de un régimen sancionador con consecuencias económicas si por alguna CA se vulnerase el cumplimiento de las condiciones que pudieran establecer para garantizar las condiciones de universalidad e igualdad de la protección sanitaria. Para ello, a la vista de las consideraciones del Tribunal Constitucional en las sentencias mencionadas, todo apunta que bastaría, y a la vez sería preciso, que lo establecieran así las reglas de un nuevo sistema de financiación autonómica, siempre que las mismas fueran dirigidas a garantizar condiciones esenciales de la protección sanitaria en todas las CCAA. Condiciones que, como se indicaba más arriba, y en sentido contrario a lo que prevé actualmente la Ley 22/2009, que rige el actual sistema de financiación autonómica, no están sólo determinadas ni aseguradas por un mismo nivel de financiación.

4.3. Los problemas del actual sistema de financiación de la asistencia sanitaria.

En un apartado anterior se han caracterizado como problemas principales de la situación actual de la financiación sanitaria, de un lado, los de la distribución y gestión de los fondos destinados a la misma entre las CCAA, que hasta ahora han merecido una atención preferente, y de otro, los de la insuficiencia progresiva de la financiación pública para mantener la cobertura sanitaria universal con los actuales niveles materiales de protección.

Dejando aparte otras razones de esos problemas que se han apuntado en apartados anteriores, esos dos tipos de problemas tienen también relación directa con algunas características y efectos de los mecanismos previstos y el funcionamiento real del actual sistema de financiación sanitaria, incluido en el sistema general de financiación de las CCAA de régimen común. (Se dejan parte las cuestiones derivadas de la financiación sanitaria que reciben las CCAA del País Vasco y Navarra con sus sistemas peculiares de financiación, cuyos efectos suponen percibir una financiación sanitaria capitativa más de un 30% superior al que reciben las CCAA de régimen

común, una situación que en todo caso se debe reconducir a eliminar esas diferencias. Éstas no tienen que ver con el sistema de financiación diferenciado de que disponen, sino con la forma de aplicar los criterios de financiación previstos en cada uno, principalmente el cálculo de la aportación de cada una a los servicios comunes del Estado, que, por razones distintas, se ha venido haciendo para cada una de ellas).

4.3.1. En relación con la gestión y la distribución de la financiación sanitaria.

-El primero de esos problemas es la carencia de mecanismos financieros específicos para estimular la eficiencia de la gestión de los servicios sanitarios por las CCAA. Esto permite que se produzcan situaciones como las que se han descrito en los apartados anteriores 3.1.3) (multiplicación innecesaria de centros, servicios y recursos tecnológicos guiada por criterios de funcionamiento “autárquico” de los servicios de salud autonómicos) y 3.1.4) (recursos a formas privadas de inversión para la creación de nuevos centros).

-La segunda situación problemática en relación con la financiación sanitaria es la imposibilidad de efectuar una gestión diferenciada de los mismos de la de otros servicios, incluso aquellos más próximos, como los educativos y los sociales, cuya gestión está también encomendada a las CCAA.

Como se describe en el Anexo correspondiente de este informe relativo a la evolución y la situación de la organización y la financiación sanitaria en Canadá, el país más semejante al nuestro en cuanto a disponer de cobertura sanitaria universal y una organización federal de la asistencia sanitaria, las características especiales del gasto sanitario, tanto en términos de volumen del mismo, como de su ritmo de crecimiento y de dificultad de su control, llevaron a ese país hace ya varios años a separar en fondos diferentes la financiación de la asistencia sanitaria de la de otros servicios, educativos y sociales, cuya gestión se realiza también, allí como aquí, por las provincias canadienses, equivalentes a nuestras CCAA.

Por su parte, si se quieren mantener niveles similares de protección por todas ellas en los servicios cuya gestión se realiza por las CCAA, no es cierto, especialmente en el caso de los primeros, que cubren a toda la población “de la cuna a la tumba”, que pueda ser opcional la preferencia por unos u otros y, en ese sentido, que la distribución de unos fondos comunes conforme a las preferencias de cada CA pueda ser sustitutiva de otros servicios a los que no se dé esa preferencia, por razones de composición de la población respectiva u otras: para algunos teóricos de la

financiación autonómica, la necesidad de más servicios educativos en poblaciones más jóvenes podría compensarse con una reducción del gasto sanitario, que sería, por el contrario, más propio de poblaciones más envejecidas, en las que, a la inversa, sería posible una reducción del gasto dedicado a educación.

En realidad, la presión al alza para una mayor financiación que ejercen los servicios sanitarios, por las razones que explican el crecimiento imparable de su gasto y las posibilidades de inducir sus consumos por agentes externos a los sistemas públicos, están llevando en todas partes a que la financiación sanitaria esté ocupando, en detrimento de la de otros servicios, y no a la inversa, y de manera generalizada, una proporción cada vez mayor de los presupuestos, provocando problemas insolubles en la financiación de los otros servicios, que se traduce en reducción de los mismos más allá de lo conveniente y justo, y de lo necesario (caso de los servicios educativos) para hacer posible el crecimiento.

Esa situación se está dando de hecho en España, donde, según algunos análisis (41), ni antes ni después de la caída de ingresos provocada por la crisis económica se ha producido una reducción en la proporción del presupuesto dedicado por cada CA a sus servicios sanitarios para dedicar una mayor proporción a la financiación de otras competencias o servicios gestionados por ellas. Por el contrario, en algunos casos se puede incluso estimar que la reducción de algunos de éstos ha dado lugar a un aumento de la proporción del presupuesto destinado a los servicios sanitarios, cuya prioridad para las administraciones autonómicas, no sólo por razones económicas, no se puede en la mayoría de los casos poner en cuestión.

-una tercera cuestión tiene que ver con la imposibilidad de introducir en el actual sistema de financiación autonómica un sistema diferenciado de seguimiento y control del cumplimiento por las CCAA de un conjunto de condiciones dirigidas a garantizar la universalidad y la igualdad de la prestación sanitaria por todas aquéllas, al que se hecho referencia en el apartado anterior, y cuyo incumplimiento podría dar lugar a un sistema de penalizaciones fijadas a las CCAA que vulnerasen las mismas. Se trata de una posibilidad de distribución parcial no obligada de al menos una parte de los fondos, que no tiene cabida en el sistema actual de financiación autonómica, pero que, a la vista de la doctrina constitucional de competencias en asistencia sanitaria, no cabe considerar vedado incluso sin efectuar una modificación o aclaración de la distribución de competencias en asistencia sanitaria como la que se propone en el apartado anterior.

4.3.2. En relación con el problema de la insuficiencia de la financiación sanitaria.

Hay razones vinculadas al sistema actual de financiación que contribuyen de manera específica a la ineficiencia del funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto, cuya corrección, no siendo ésta la única vía de solución posible para alcanzar su suficiencia financiera, constituye en todo caso una condición imprescindible para mejorarla. Entre esas actuaciones, derivadas o en relación con la aplicación del actual sistema de financiación, que contribuyen a la ineficiencia del funcionamiento del sistema sanitario se encuentran las siguientes:

-ausencia de información económica de la gestión de los presupuestos sanitarios de las CCAA, pese a ser estas partidas las más importantes (por encima del 40%) de los presupuestos de cada CA. Esa ausencia ha facilitado la desviación del gasto autonómico, recurriendo sin control al endeudamiento financiero o el retraso y las deudas con los proveedores para financiar gasto corriente conforme a lo descrito en el apartado 3.1.2) anterior. Esas situaciones vulneran en la práctica el principio de que no se debe recurrir al endeudamiento más que, en su caso, y dentro de los límites fijados por el Estado, para financiar gastos de inversión, pero nunca el gasto corriente (42).

-tolerancia de hecho de las desviaciones presupuestarias de las CCAA, por la realización de operaciones “compensadoras” de distinta naturaleza de los desequilibrios financieros autonómicos que se vienen realizando desde hace décadas, como las descritas en el apartado 3.1.1). La mayor parte de esas operaciones se han llevado a cabo sin exigir ninguna contrapartida de las CCAA, ni en sus comportamientos financieros y de gestión, ni en términos de someter éstos a ninguna clase de control por parte del Estado, que ha sido el que aportado los fondos para llevarlas a cabo.

-ausencia de previsión de mecanismos de ampliación de la financiación pública sanitaria para afrontar los costes crecientes de nuevas incorporaciones tecnológicas, causa principal del incremento del gasto. Por el contrario, existe la previsión de reducciones tributarias en impuestos que contribuyen de manera significativa a la financiación autonómica y, por ello, a la sanitaria, sin valoración previa adecuada de los efectos posibles, generales y de CCAA concretas, de esa reducción. No siendo posible avanzar más allá de lo alcanzado en cesión de impuestos a las CCAA, so pena de cambiar la propia naturaleza del Estado, esas carencias y reducciones tributarias

dejan como única vía posible para afrontar los aumentos de costes de la asistencia sanitaria la reducción del gasto en otras prestaciones y servicios y el recurso a las aportaciones individuales (copagos, tasas) para aumentar la financiación o, al menos, atenuar el aumento del gasto público generado por esa razón.

4.4. Posibles vías de solución para los problemas que afectan al sistema de financiación sanitaria

Ya se ha apuntado en el apartado 4.2.1.) anterior que el sistema de financiación de la asistencia sanitaria en España tiene, a grandes rasgos, las características fundamentales propias del único país federal, Canadá, en el que se da la doble condición de su constitución federal, en la que la gestión de los servicios sanitarios está reservada a las entidades de segundo nivel (allí “provincias”; aquí comunidades autónomas), y un sistema universal y “portable” de protección sanitaria igualitaria.

Esas características básicas son la cesión de un paquete de impuestos a las entidades descentralizadas con las que se financia principalmente la asistencia sanitaria, a la vez que se mantiene una aportación del gobierno federal con cargo a sus propios fondos tributarios con objeto compensar las desigualdades en capacidad fiscal entre esas entidades, desigualdades por otra parte inevitables en cualquier país de constitución federal o similar. En el sistema actual de financiación autonómico-sanitaria español, ese papel “compensador” lo desempeña el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, integrado en el llamado Fondo de Suficiencia Global, que reúne el conjunto de la financiación de cada Comunidad Autónoma cada año.

Que los rasgos básicos del sistema de financiación sanitaria español se atengan a esos rasgos, que son comunes a los de la financiación en Canadá, país con una constitución similar de sus servicios sanitarios, supone de entrada reconocer que no son necesarios cambios sustanciales por razones sanitarias en el modelo de financiación sanitaria del que disponemos.

Conjugar esa situación de partida con la contribución a resolver algunos de los problemas de distribución y suficiencia a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior requeriría, sin embargo, introducir en el sistema de financiación sanitaria algunas modificaciones que no cambiasen en lo fundamental ni los principios en los que se basa, ni los mecanismos esenciales de su funcionamiento, mejorando en todo caso estos últimos o introduciendo, en su caso, algunos nuevos para mejorarlo. Se trata de que con esas modificaciones, que se proponen y debaten a

continuación, se contribuya a garantizar la sostenibilidad económica del sistema sin poner en cuestión los objetivos económicos básicos de la política económica, en términos de déficit y deuda, que nuestro país se ve de una u otra manera abocado a seguir, y hacerlo sin poner a la vez en cuestión las condiciones esenciales de universalidad e igualdad de la protección sanitaria.

4.4.1. Separación del sistema de distribución de la financiación de la asistencia sanitaria de las CCAA de la distribución de la financiación destinada a la gestión de otras competencias propias de aquéllas.

Las expresiones utilizadas en la definición de esta propuesta eluden usar la referencia a un “sistema de financiación sanitaria finalista”, que se considera no se ajusta al contenido real de la proposición: en realidad no se pretenden separar los mecanismos básicos de obtención de recursos para la asistencia sanitaria de los destinados a otros fines (al margen de que, al igual que con los copagos ya introducidos, o los que se pudieran pretende introducir en el futuro, las aportaciones básicas, de base tributaria común, se pudieran complementar con otras aportaciones). El objetivo es sólo, por el contrario, proporcionar mecanismos que, a través de una gestión independiente de esos fondos, incluyendo en ello mecanismos de información y control de su utilización diferentes de los utilizados en el caso de otras competencias, se contribuya a la utilización más eficiente de los mismos.

Se trata también de evitar a la vez que las fuerzas ya descritas que conducen a una presión creciente para derivar cada vez más fondos hacia la asistencia sanitaria tengan también un límite preciso fijado desde fuera de cada CA; una deriva que, dejada sólo en manos de cada una de éstas, podría conducir a la imposibilidad real de mantener niveles similares de protección sanitaria en todas ellas, o a provocar desigualdades igualmente rechazables en la prestación de otros servicios básicos fundamentales, como los educativos o los sociales.

El modelo del mecanismo que se podría utilizar para establecer ese sistema de distribución diferenciado de los fondos destinados a la asistencia sanitaria de los destinados a otros fines es el establecido en Canadá, donde la financiación sanitaria se hace mediante un fondo (“*Canadian Health Transfer*”) que, aunque sostenido con unos mismos impuestos federales y provinciales (aunque en aquel caso supone la cesión de una proporción determinada de ciertos impuestos), se calcula de manera

separada e independiente, e incluye la transferencia federal, cada vez más reducida, de fondos en metálico, que complementan la cesión de impuestos.

La separación de este fondo de los que se describen a continuación permite la posibilidad de que se prevea un ritmo específico de crecimiento de la financiación dedicada a la atención sanitaria distinto del previsto para la destinada a otros fines, sin socavar ésta. Permite, por último, plantear como un objetivo específico que la financiación de la asistencia sanitaria alcance unos niveles de financiación dirigida a estos fines proporcional al número de habitantes en todas las provincias, un objetivo establecido como tal a partir de una modificación introducida en 2007 que cambió la situación anterior, y que complementa las condiciones que hasta entonces estaban establecidas para mantener las condiciones universales e igualitarias de la asistencia sanitaria.

El “fondo” citado es independiente de otro al que estaba antes unido, denominado “*Canadian Social Transfer*”, destinado a la financiación de los sistemas educativos y de los servicios sociales de las distintas provincias. Un tercer fondo (“*de nivelación*”), lo pueden destinar las provincias y territorios beneficiarios a los gastos y servicios públicos, diferentes de los anteriores y cuya prestación sea de su competencia, que consideren oportunos. En este caso el objetivo no es garantizar una oferta mínima de servicios públicos provinciales o en los territorios igual para los ciudadanos de todos ellos, sino la de proporcionar los recursos necesarios para aproximar la capacidad financiera de unos y otros en términos de gasto por habitante, lo que en este caso constituye un mandato constitucional expreso desde 1982.

La justificación de la independencia del fondo sanitario no reside en todo caso desde el punto de vista teórico en la “preferencia” de la asistencia sanitaria sobre cualquier otra prestación o servicio público, incluso en Canadá, donde disponer de asistencia sanitaria universal constituye un elemento esencial de la ciudadanía canadiense. Por el contrario, como demuestra el camino seguido hasta llegar a esa situación allí, al que se refiere el anexo de este informe, la justificación principal de esa evolución ha sido dotar al sistema de financiación sanitaria de un instrumento que contribuya a facilitar la mejor gestión y el control ritmo de crecimiento del gasto sanitario, cuya evolución constituye en todos los países, sean o no federales, un verdadero y creciente problema. Por otra parte, como ocurre en España, donde el gasto sanitario supone el 40% o más de los presupuestos de cada una de las CCAA siendo la partida de mayor importancia económica de cada una, también en Canadá el fondo sanitario es el de mayor

importancia económica de las provincias, en una proporción similar a la que se da aquí.

Que la partida de mayor importancia presupuestaria para las CCAA deba, por el contrario, someterse en España a los procedimientos de distribución, seguimiento y control establecidos para otras partidas correspondientes a competencias con menor repercusión e importancia económica; que eso deba ocurrir como consecuencia de la integración de la financiación sanitaria en el sistema de financiación de las CCAA de régimen común, que ya existía de antes; y que todo ello tenga consecuencias indeseables contrarias a la contribución a la eficiencia del gasto sanitario, no parece muy razonable.

Esa situación se ha debido a la interpretación hecha de manera mayoritaria de que la inclusión en ese sistema de financiación suponía que la financiación de las competencias sanitarias en general no podía estar sometida a ninguna clase de intervención por parte de la AGE, como consecuencia de que se trataba de un ejercicio homogéneo de competencias propias tomadas como “exclusivas” por parte de las CCAA. Esa interpretación, que carecía de bases legales claramente establecidas en lo que se refiere a la asistencia sanitaria, ha sido en todo caso rota por las sentencias que se han comentado. El criterio constitucional fijado en éstas permitiría plantear que la financiación de la asistencia sanitaria, sin modificar sus fuentes básicas de obtención de recursos tributarios con esa y otras finalidades, pudiera hacerse estableciendo un mecanismo específico diferenciado de distribución, seguimiento y control de esa partida, manteniendo en todo caso la misma dentro del sistema global de financiación de las CCAA.

Esa modificación no supondría separar la financiación sanitaria de los mecanismos de fijación de la financiación autonómica establecidos desde el Ministerio de Hacienda con la participación del Consejo de Política Fiscal y Financiera para la financiación de las CCAA de régimen común. Permitiría, a su vez, definir una política específica de gasto sanitario por el gobierno del Estado, algo de lo que carece en la actualidad el sistema de financiación autonómica, pese a ser una responsabilidad de ese gobierno, que va pareja a la responsabilidad de mantener un sistema universal y básicamente igualitario de protección sanitaria.

4.4.2. En el contexto de una modificación del sistema de distribución de la financiación sanitaria propuesto en el apartado anterior, dar un papel activo al Ministerio de Sanidad en la distribución de un parte de la financiación sanitaria.

La proporción de la financiación sanitaria específica que podría reservarse al ministerio debería ser objeto de una mayor precisión que la que se puede ofrecer en este informe, siendo en todo caso proporcionalmente minoritaria.

Esa partida de distribución por el ministerio debería estar en todo caso vinculada al control por parte de éste del mantenimiento de unas condiciones básicas del sistema definidas en los términos señalados en los apartados anteriores dirigidas a garantizar el mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias de la asistencia atención sanitaria prestada por las CCAA. Como complemento de esa función de control de las condiciones básicas del sistema debería permitir establecer un sistema de penalizaciones para el que incumpliera algunas de ellas, manteniendo en caso contrario un criterio de distribución de esos fondos, basado fundamentalmente en criterios poblacionales sin correcciones, igual al adoptado para la financiación general sanitaria restante.

Dada la carencia de información fiable de la gestión de los presupuestos de la asistencia sanitaria prestada por las CCAA, que es esencial para el mantenimiento de las condiciones mencionadas del sistema, la contribución a un sistema de información económica y sanitaria de la actividad de las CCAA en este terreno debería ser una condición obligada añadida a las condiciones generales citadas.

Por otra parte, el requerimiento de una información fiable de la situación económico-sanitaria de las CCAA, el sometimiento a la autorización del Mº de Hacienda para operaciones de endeudamiento futuros, y la reducción del déficit de las CCAA a límites fijados también por aquél, han sido requisitos ya establecidos recientemente para librar determinadas cantidades del Fondo para la Financiación de los pagos a Proveedores y el saneamiento de las cuentas de las CCAA. Por ello, no debería aceptarse ningún retroceso en ese sentido, aunque al requisito de información a partir de ahora se le deba dar un sentido preventivo dirigido a evitar la necesidad de nuevas operaciones como las mencionadas.

Un paso más allá en el papel de la AGE en la financiación sanitaria podría ser dotar también un fondo específico a distribuir por el “órgano de gobierno y coordinación del SNS” propuesto en el apartado anterior con el fin de financiar, o apoyar parcialmente, las inversiones necesarias para garantizar el mantenimiento de

condiciones igualitarias en el acceso a centros y servicios, incluidas las dotaciones tecnológicas más novedosas, del SNS. El mecanismo, como se ha indicado en el apartado anterior, podría ser similar al establecido para la reciente creación de una “agencia nacional de investigación”, a la que las CCAA presentan cada cuatro años sus proyectos para su financiación.

4.4.3. Vías para mejorar la financiación sanitaria en un contexto de reducción del déficit y equilibrio presupuestario.

Las condiciones de reducción del déficit hasta niveles tasados por el Pacto de Estabilidad de la Unión Europea, a los que se unen también plazos fijados año a año hasta completar la reducción, así como el horizonte una vez alcanzada ésta de políticas de equilibrio presupuestario y de reducción sustantiva de la deuda financiera de cada país, que en España está a punto de alcanzar el 100% de PIB, constituyen referencias insoslayables para el desarrollo de las políticas económicas y fiscales en el nuestro en los próximos años, sea cual fuere el partido o coalición de ellos que desempeñe el gobierno de la nación.

Las políticas aplicadas para lograr esos objetivos no son, sin embargo, unívocas o, en términos del gobierno, “las únicas posibles”. La reducción del déficit es posible, además de por la vía de reducir el gasto público, que ha sido la utilizada de manera casi exclusiva hasta ahora, por el aumento de los ingresos públicos.

Para el caso de los servicios sanitarios se ha comentado más arriba que la reducción del gasto en partidas de efectos inmediatos, mediante la imposición de copagos, la reducción de prestaciones y plantillas de personal sanitario, y la disminución de la retribuciones de este último en el servicio público, en este caso paralelas a las que se han producido en otros ámbitos de las administraciones públicas, han llevado en todo casos al deterioro de los servicios sanitarios. Por otra parte la reducción de los ingresos fiscales con los que se sostienen los servicios ha sido proporcionalmente menor que la reducción del gasto público sanitario, por lo que se debe considerar que la reducción del gasto en este sector ha sido un objetivo en sí mismo, más que una consecuencia de la reducción de los ingresos públicos destinados a su financiación.

Por su parte, en el horizonte sanitario más inmediato se conjugan propuestas de políticas fiscales de reducción de la presión tributaria (cuyos efectos, pese a las afirmaciones en contrario del actual gobierno de la nación, redundarán probablemente

en una reducción de los ingresos tributarios y, con ello, en una reducción de la financiación sanitaria disponible), con una tendencia al aumento del gasto sanitario por causas (el uso intensivo de la innovación tecnológica creciente en este terreno) de difícil control. El resultado previsible de ese nuevo “choque de trenes” es el deterioro de la atención sanitaria pública para la mayoría de la población que, sin embargo, constituye para la misma mayoría de ésta una prestación prioritaria.

Por ello, la posibilidad de mantener una protección sanitaria universal, igualitaria, y con unos niveles de protección de amplitud suficiente y adaptada a los avances tecnológicos contrastados, y de dar credibilidad a las demandas del mantenimiento de esas condiciones esenciales del SNS, depende de que se formulen propuestas que, respetando las políticas esenciales de equilibrio presupuestario y reducción del déficit, y sin recurrir para ello al endeudamiento, permitan a la vez mantener unos niveles de financiación adecuados y disponer de instrumentos financieros para aumentar la financiación pública sanitaria si ello fuera necesario para lograr la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios del SNS.

A esos efectos se plantean y someten a debate a continuación distintas posibilidades de actuación. El marco en el que se plantean esas intervenciones posibles excluye en todo caso la consideración de la reducción material y personal de la protección sanitaria en España como vía de actuación adecuada. Creemos que el objetivo debe ser, por el contrario mantener los niveles y la extensión de la protección sanitaria pública que la convierten en un instrumento fundamental de cohesión social y reductor de las desigualdades, también las económicas, que existen en nuestra sociedad (43). Propiedades que estarían en peligro si se produce una reducción significativa de esos niveles de extensión material y personal de la protección, para volver a convertir el SNS en un plazo más o menos largo en un servicio “para pobres”, en vez de servir de vehículo para el ejercicio de un derecho común. Esas posibilidades de actuación en el terreno económico y financiero son las siguientes:

a) La mejora de la eficiencia.

En apartados anteriores se ha justificado ya que cualquier demanda de financiación sanitaria adicional para la gestión “ordinaria” de los servicios sanitarios debe pasar de entrada por disponer de información adecuada del uso de la financiación recibida, que permita valorar la eficiencia en el uso de los recursos financieros disponibles.

Que el interés sobre la financiación sanitaria en nuestro país se haya centrado siempre de manera prioritaria en los mecanismos de su distribución a las CCAA, dejando al margen cualquier interés demostrable por el uso de los fondos atribuidos para ello a cada CA en el ejercicio de su gestión, sólo puede corregirse mediante el establecimiento de sistemas de información específicos de información sanitaria y económico-sanitaria de contribución obligada los mismos por las CCAA, que permitan el seguimiento al día de su actividad en los dos terrenos citados.

Esa contribución obligada a los sistemas de información citados debería, por eso, figurar de manera específica entre las condiciones establecidas y controladas por la AGE para garantizar el mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias del sistema, sometidas a los mecanismos de penalización por su incumplimiento a los que se ha aludido en las propuestas previas.

Por otra parte, el seguimiento financiero específico de la actividad sanitaria de las CCAA contribuiría de manera específica a evitar a su vez la contribución de aquélla al endeudamiento y el déficit de las CCAA, cuyos límites se podrían también establecer de manera expresa.

Por su parte, la mejora de la eficiencia del SNS en su conjunto, pasa en primer lugar por la de la eficiencia en la gestión de los centros y servicios públicos, cuestión a la que se dedica el apartado siguiente de este informe, que en ocasiones está incluso puesta en cuestión por algunas de las reformas organizativas adoptadas, en especial aquéllas que suponen aumentar la participación privada en la gestión de los centros y servicios públicos.

Pero la mejora de la eficiencia global del SNS debe abarcar no sólo los aspectos de gestión de los centros y servicios, sino también los aspectos estructurales de la organización descentralizada del SNS y de su financiación que contribuyen a la reducción de la eficiencia del mismo, tanto en sus relaciones entre administraciones distintas, como consecuencia de algunos de los problemas que se han mencionado en apartados anteriores, como con los proveedores externos del sistema cuestión a la que se refiere el último apartado de este informe.

En todo caso, al igual que ocurre en otros países, como el Reino Unido (44; 45; 46; 47; 48; 49), siendo una condición imprescindible de cara a reducir el déficit derivado de la gestión sanitaria, la mejora de la eficiencia del SNS en las vertientes señaladas carece por sí sola de capacidad real para aportar al propio sistema los recursos adicionales necesarios y suficientes para mantener sin reducciones sustanciales, y

mucho menos incrementar, los actuales niveles de protección sanitaria para toda la población.

b) La utilización de tasas y copagos por el acceso a los servicios sanitarios.

La consideración de esta vía, dirigida de manera simultánea a la reducción del gasto público y, supuestamente, el aumento del nivel de financiación mediante las aportaciones privadas correspondientes, es obligada como consecuencia de que es la vía propuesta por el Gobierno en el último Informe de Estabilidad remitido a la Comisión Europea en Junio de 2014 para compensar, si se llegara a producir, una reducción de los ingresos tributarios como consecuencia de la “reforma fiscal” planteada por el propio gobierno a primeros de Julio, cuyos efectos comenzarán a producirse en 2015.

La introducción de diversos copagos aplicables a distintos usos de los servicios sanitarios formaba parte también de las propuestas supuestamente formuladas por diferentes CCAA (ninguna de las cuales ha reconocido la autoría de las mismas) (50), reunidas en un documento publicado a mediados de julio por el Ministerio de Hacienda en el que se proponían para el debate en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera diferentes medidas de ajuste para el caso de que fuera necesario adoptarlas con el fin de adaptarse a los planes de reducción del déficit previstos para éste y los próximos años.

La característica principal de esos nuevos copagos sugeridos en uno y otro caso, cuya propuesta ya habían sido adelantada en el mismo sentido por el grupo de expertos convocado por el Mº de Hacienda que propuso distintas medidas de reforma fiscal en abril de este año (medidas que no han sido atendidas en la “reforma” posterior), es que los mismos se referían a ámbitos de uso de los servicios sanitarios diferentes a los del consumo ambulatorio de medicamentos: desde el acceso a las consultas de atención primaria o especializada ; el hecho de no acudir a las consultas previamente citadas o no recoger los resultados de pruebas ya realizadas; o el pago de una cantidad por día de estancia hospitalaria para compensar el gasto no sanitario (comida; otras atenciones “sociales”) en que se incurre como consecuencia del ingreso.

El Ministerio de Sanidad se ha desmarcado de esas propuestas por considerarlas inadecuadas, a la vez que el de Hacienda las ha considerado innecesarias, dado el

supuesto equilibrio de las cuentas públicas, que permitiría ir cumpliendo con los objetivos de reducción del déficit sin necesidad de ninguna nueva aportación.

La reiteración de propuestas como las mencionadas por una u otra vía sirve en todo caso para considerar que la introducción de esos u otros copagos es la única medida que contempla este gobierno, y quizás muchos de los gobiernos autonómicos (el catalán lo ha propuesto así en diferentes ocasiones) para hacer frente al incremento del gasto sanitario, en especial si fuera necesaria su reducción para cumplir con los objetivos de déficit.

La valoración de esas propuestas debe tener como referencia principal lo ocurrido tras la implantación (para los pensionistas del régimen general de atención) o la ampliación (para el resto del personal atendido por el SNS) de los copagos farmacéuticos hecha efectiva por lo dispuesto en el Real Decreto-Ley 16/2012.

A la vista de esa experiencia, comentada en un apartado anterior, la aplicación de copagos tiene límites manifiestos en la cuantía de los mismos si no se quiere que se conviertan en una barrera insalvable y carente por completo de equidad para el acceso a los servicios por parte de la mayoría de una población, que ha sufrido además una reducción significativa de su capacidad económica. El establecimiento de copagos por el acceso a otros servicios que no sean los farmacéuticos tiene, además, costes de implantación que contribuyen a poner en cuestión los efectos recaudatorios reales de su propia fijación en la mayoría de los ámbitos en que pudieran aplicarse.

Por otra parte, si lo que se pretende con la implantación de copagos es orientar un uso más adecuado de los servicios sanitarios y reducir la demanda innecesaria, el procedimiento tiene las mismas limitaciones en términos de equidad (se restringe el acceso en función de la capacidad económica y no de la necesidad), restricción de la cuantía posible de aplicar y coste de implantación, que se han señalado en el caso de los copagos farmacéuticos citados. A lo que habría que añadir el escaso sentido de algunas de las propuestas formuladas, que pretenderían cargar un uso de los servicios que no depende de la voluntad del sujeto paciente: ocurre así, por ejemplo, en el caso de un copago por estancia hospitalaria, cuya prolongación depende de circunstancias ajenas al propio “consumidor”.

En nuestro país, quizás la única excepción a esos efectos de orientación de la demanda podría ser la imposición de un copago por el acceso espontáneo a los servicios de urgencia hospitalaria sin remisión desde ningún nivel previo (atención

primaria; servicios de urgencias). Si se compara con los que existen en algunos países europeos por un concepto similar, la cuantía de un copago por un concepto así no podría en ningún caso superar en la actual situación los 10 euros. Lo reducido del ámbito de su posible aplicación, y lo limitado de los recursos que podrían recaudarse por esta vía, sirven para poner en cuestión la utilidad de la misma si el objetivo es disponer de mayor financiación para afrontar unos costes crecientes que tienen principalmente su causa en otras razones ya explicadas.

Otras propuestas para generar la conciencia de gasto en toda la población, que pueden contribuir a orientar un mejor uso de los servicios sanitarios sin incurrir en nuevos costes para los pacientes, es la emisión de “facturas” informativas del coste de la atención en los niveles de atención en que ésta es más costosa, como son los servicios hospitalarios. Esta práctica, de coste reducido para aplicarla, pues la mayoría de los hospitales disponen ya de sistemas de contabilidad analítica, está ya introducida en algunas CCAA, y está incluida entre las medidas propuestas desde éstas para reducir el gasto sanitario, por lo que su implantación general no resultaría difícil.

En todo caso, en conjunto, y como consecuencia de las valoraciones mencionadas, cabe deducir que los copagos no son una vía adecuada para reducir los consumos sanitarios en general, pues el efecto que pueden producir es una reducción indiscriminada del gasto sin tener en cuenta los efectos sanitarios negativos e inequitativos de las vías utilizadas para lograrla (51). A la vez, si se mantienen en niveles económicos reducidos para evitar la potenciación de esos efectos negativos, resultan ineficaces para aumentar la financiación; mientras que si se imponen a niveles más elevados, constituirían una línea franca de ruptura de las condiciones universales e igualitarias en el acceso a los servicios, propias de un sistema nacional de salud (52). La medida iría además en sentido contrario a una tendencia manifiesta hasta el inicio de la crisis económica en todos los servicios públicos de salud de los países desarrollados, incluidos los Estados Unidos en su peculiar sistema público-privado de salud (11), a reducir las aportaciones de los usuarios en el uso de los servicios sanitarios. En los Estados Unidos, la introducción o el aumento de los copagos en los sistemas públicos de atención que cubren a una parte limitada de la población (*Medicare* para los jubilados; *Medicaid*, para los que tengan pocos recursos) son un motivo permanente de debate que limita su aplicación (53; 54; 55;

56). Todo lo cual lleva a considerar que se deben rechazar como nuevo instrumento de racionalización del gasto en el SNS.

En cuanto a los copagos aplicados en el terreno de la prestación farmacéutica que se han implantado o modificado al alza por el Real Decreto-Ley 16/2012, deben ser revisados, para ajustarlos a criterios de equidad (nivel de pago según nivel de renta entre otros) como los que se han sugerido por distintos autores. No deben, sin embargo, suprimirse por completo, puesto que para ese concepto existen de una u otra manera en todos los países de nuestro entorno y, dentro de límites reducidos, contribuyen con otras medidas a contener el gasto en medicamentos de uso extrahospitalario. La partida de gasto dedicada a ese fin mantenía tradicionalmente en España niveles proporcionales más elevados que en otros países, sin que otras medidas hubieran sido capaces por sí solas, y con los copagos que se aplicaban hasta el Real Decreto-Ley 16/2012, de reducir ese nivel elevado de gasto. Pero esos copagos deben también ajustarse a los efectos prioritarios que se pretendan obtener con ellos, más en la línea de inducir los consumos en el sentido sanitario que se considera más adecuado, que a obtener financiación complementaria o reducir el gasto público sin tener en cuenta sus repercusiones sociales y sanitarias.

Por último, la posibilidad de que determinadas CCAA pudieran implantar alguna clase de copago o tasa para el acceso a sus propios servicios ha sido ya rechazado de manera expresa por el Tribunal Constitucional cuando, como ocurrió en Canadá, determinadas CCAA de mayor nivel de renta, en nuestro caso Cataluña y Madrid, trataron de imponerlos en su territorio, lo que, tras un corto período de vigencia, fue derogado. La consecuencia de ese rechazo por el TC es que cualquier medida en el sentido indicado debería imponerse de forma homogénea y común en todas las CCAA si quiere tener la posibilidad de ser aplicada.

c) Aumento de los ingresos fiscales para la financiación del SNS.

Dejando al margen el debate sobre la equidad de las mismas, las políticas fiscales aplicadas hasta hora, sean las de aumento de determinados impuestos o la reducción más reciente de los tipos aplicados en otros, todos los cuales están parcialmente cedidos a las CCAA para su financiación, no han demostrado ninguna capacidad real de aumentar los ingresos tributarios de manera significativa.

El estancamiento, o incluso la reducción, en los ingresos públicos producido en los últimos años, probablemente acentuado por la “reforma” fiscal más reciente, pone en

cuestión no sólo la capacidad de afrontar nuevos gastos, como los que están en perspectiva en el terreno sanitario por la incorporación de las innovaciones farmacéuticas y tecnológicas de precios elevados, sino incluso la posibilidad de sostener los servicios en las mismas condiciones en las que se venían prestando hasta ahora. Las reducciones de plantillas en centros y servicios, y la restricción en los consumos materiales permanentes y fungibles en los mismos, que se han centrado en los centros de gestión pública, dan cuenta de una situación que se está haciendo cada vez más insostenible, y que constituye el mejor caldo de cultivo para las opciones privatizadoras de centros y cobertura sanitaria que se están planteando cada vez más abiertamente.

La necesidad de aumentar los recursos económicos disponibles para la financiación del SNS no es, por otra parte, una peculiaridad de nuestro país. Esa necesidad, que por sus propias características se hace especialmente expresa en los sistemas configurados como servicios nacionales de salud, que sólo pueden recurrir a los impuestos o los copagos o tasas para aumentar su financiación, se ha puesto de manifiesto también en otros países constituidos de esa forma, como es el caso del Reino Unido (57; 58; 59; 60).

Allí, las propuestas formuladas desde algunos sectores se orientan también hacia la implantación de copagos como vía de financiación complementaria preferente. Esas propuestas, por las mismas razones que se han indicado más arriba, son también rechazadas por quienes pretenden preservar las condiciones universales y libres de cargas económicas en el acceso a los servicios que caracterizaron el desarrollo inicial del NHS, en su momento el modelo paradigmático de los servicios nacionales de salud.

Sin embargo, en el Reino Unido se han desarrollado también otras propuestas que, en sentido distinto a las anteriores, propugnan la implantación de un “impuesto sanitario” (“*healthtax*”), cuya cuantía se cifra por quienes la proponen en un monto total equivalente a un 1% del impuesto sobre la renta, cuyos ingresos se destinasen de manera específica a mejorar la financiación del NHS (61; 62). La iniciativa de implantar un impuesto de esas características, que partió en un principio de sectores cercanos al Partido Laborista, se ha extendido también a sectores del partido conservador, que han visto en el desarrollo por su parte de una propuesta de esas características la posibilidad de arrebatar al primero una iniciativa que pretende mejorar la situación de un servicio tan apreciado por la población británica como el

NHS, para la que éste, hoy muy deteriorado, constituye “casi una religión” (63). Otras propuestas nacidas del ámbito del propio Partido laborista se han dirigido a una mezcla de una tasa específica por el acceso al NHS y un copago (limitado a 20 libras) por noche de estancia hospitalaria (64).

Por quienes apoyan esas medidas se ha puesto de relieve que, según distintas encuestas, así como la población británica es contraria a la elevación general de los impuestos, su actitud se transforma en sentido positivo si lo que se plantea es un impuesto “finalista” para mejorar la situación del NHS. Las razones de quienes desde ámbitos cercanos a ambos partidos defienden el impuesto citado no han conseguido, sin embargo, decantar todavía en ninguno de ellos una posición política favorable a su implantación, pese a reconocer que la adopción de una medida así o similar puede ser imprescindible en el medio plazo si se quiere sostener el carácter público y universal del NHS.

En España hay también estudios de opinión (65) que demuestran que la mayoría de la población (un 49% de ella) entiende que la atención sanitaria es el servicio público que más justifica el pago de impuestos (el siguiente servicio que se considera justifica el pago de éstos es la educación, con un apoyo del 12% de la población). Lo que, a la inversa, cabría interpretar como una posición favorable, o al menos no contraria, al aumento de los impuestos, si se garantizase que ese aumento fuera dirigido a mantener o ampliar la prestación sanitaria.

La introducción de un impuesto de esas características en nuestro país podría tener algunos efectos positivos específicos:

- podría servir para compensar de manera finalista las reducciones de ingresos generados con otros impuestos, más aún si se plantea la reducción de los tipos impositivos de algunos de éstos, como sugieren algunas posiciones políticas al formular sus propuestas de políticas económicas frente a la crisis.
- resultaría una alternativa más justa y con menor capacidad de modificar el acceso igualitario a los servicios sanitarios (y probablemente mayor grado de aceptación por la población) que el establecimiento o el aumento de copagos o tasas que se ha utilizado en el pasado más reciente, y se propone de nuevo, para reducir los consumos sanitarios, con efectos contradictorios sobre el nivel de ingresos del sistema y, por el contrario, efectos manifiestos de generación de desigualdades en el acceso según el nivel de renta.

- haría imposible la exclusión de la cobertura sanitaria por razones de nivel elevado de renta, como se ha promovido por el RD-Ley 16/2012. Se trata de una medida cuyos efectos principales pueden ser la reducción de las bases fiscales para el mantenimiento del servicio público universal y, por el contrario, la potenciación de las demandas para introducir deducciones fiscales por la contratación de cobertura sanitaria privada por los grupos sociales de mayor capacidad económica.

- podría también servir de base para permitir políticas de inversión subvencionadas con los fondos obtenidos con este impuesto (en creación de centros; en introducción de nuevas tecnologías), acordes con un funcionamiento coordinado, universal y sostenible del sistema sanitario, no susceptible de influencia por otras prioridades generadas a niveles regionales o locales, cuyos efectos en términos de aumento del gasto se han descrito en apartados previos.

La posibilidad de utilizar otras vías impositivas, como el aumento de los impuestos que gravan determinados productos que pueden causar problemas a la salud y provocar un aumento de la demanda (alcohol, tabaco), que son las vías preferidas para aumentar la financiación sanitaria por otros expertos (66), tienen limitaciones evidentes si lo que se pretende es aumentar la financiación sanitaria: el efecto previsible más directo sería el de reducir los consumos de esos productos, con efectos más dudosos, y en todo caso menos perceptibles en el corto plazo, sobre la reducción de la demanda sanitaria derivada.

La introducción de un impuesto “finalista” contraviene, sin embargo, las bases teóricas de las políticas fiscales habitualmente aplicadas, que se sustentan en el principio de que los impuestos no deben ser finalistas por sí mismos, sino que lo que puede ser lo es la distribución de los fondos que se obtienen con ellos. Lo que la deja en manos de los departamentos de Hacienda de los gobiernos correspondientes los criterios de prioridad de esa distribución.

Debe tenerse en cuenta en todo caso que en nuestro país esos principios se han aplicado ya con cierta flexibilidad en lo que se refiere a la financiación sanitaria: la posibilidad de aplicar recargos sobre determinados impuestos (el llamado “céntimo sanitario” aplicable al impuesto sobre el consumo de hidrocarburos, cuya previsión se incluyó en el sistema de financiación autonómica de 2002 y fue utilizado por varias CCAA) supuso de alguna forma una imposición finalista añadida dirigida a incrementar la financiación sanitaria. El motivo del rechazo de ese recargo por el Tribunal de Justicia de la UE no fue, sin embargo, el carácter “finalista” del mismo,

sino, tratándose de un impuesto estatal, su libre adopción por las CCAA, que determinó la desigualdad en su aplicación por aquéllas.

El conjunto de valoraciones distintas, e incluso contradictorias entre ellas, mencionadas, que hace difícil proponer una solución que pudiera resultar aceptable para los que sustentan cada una, no impide reconocer que a la vez se da una situación igualmente difícil de mantener: la coincidencia de propuestas de políticas fiscales de reducción de la presión tributaria, cuyos efectos se traducirán previsiblemente en una reducción de la financiación sanitaria disponible, con una tendencia al aumento del gasto sanitario por causas (el uso intensivo de la innovación tecnológica creciente en este terreno) de difícil control, provocará el deterioro de la atención sanitaria pública para la mayoría de la población, y la imposibilidad de afrontar financieramente el acceso a esos nuevos productos por toda la población de manera igualitaria.

Por otra parte, las iniciativas para modular la utilización de los nuevos productos lanzados al consumo por unas industrias, la farmacéutica la más destacada, que desarrollan aquéllos con arreglo a sus propias prioridades de beneficio económico, y que tienen una enorme capacidad de influencia para inducir sus consumos sobre todos los agentes que intervienen en los diferentes ciclos del mismo, sólo son capaces de paliar parcialmente los efectos de esa influencia, y no impiden que se produzcan movimientos y propuestas que se orientan de una u otra manera a diferenciar el acceso a los nuevos productos en función de la capacidad económica de cada cual.

Un buen ejemplo de esa situación se da también en el Reino Unido. Allí el papel modulador de la autorización de nuevos productos y, a la vez, de su utilización o no en el ámbito y con la financiación del NHS lo desempeña el NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*). Éste lleva a cabo su labor de una manera que resulta ejemplar para lo que debería ser el funcionamiento de las agencias de evaluación de tecnologías que se están creando en la mayoría de los países desarrollados para dar respuesta a una situación que es común a todos ellos. Pese a ello, la presión por facilitar el uso de los nuevos productos, en especial de aquéllos cuya utilización en el ámbito del NHS no ha sido todavía autorizada o ha sido rechazada provisional o definitivamente, llevó a que, con un gobierno laborista, se planteara hace ya algunos años (2004-2008) la posibilidad de que los pacientes con enfermedades complejas y graves que dispusieran de capacidad económica para ello pudieran sufragar su utilización, si les fuera indicada, en el ámbito de las instituciones del NHS, pero sin contar con la financiación de éste (67; 68). La iniciativa, que

suscitaba importantes problemas de equidad para el funcionamiento del NHS, provocó un amplio debate público suscitado por el propio Departamento de Salud con numerosas respuestas (ver, por ejemplo, 69)), tras el que fue finalmente rechazada (70).

La búsqueda de vías de financiación adicional no vinculada a nuevos copagos que se ha citado más arriba no puede considerarse ajena al debate anterior, en el que las cuestiones de equidad e igualdad en el acceso a los servicios y la necesidad de disponer para ello de una financiación adecuada tienen un papel relevante. En ese debate, que no es meramente técnico, sino estrictamente político, los criterios de la población deben también desempeñar un papel principal. Esos criterios se pueden recabar a través de consultas, como la llevada a cabo por el Departamento de Salud (DoH) del gobierno británico en relación con la iniciativa comentada. Pero también por mecanismos específicos creados al efecto, como los "jurados ciudadanos" que se han creado en el Reino Unido, tanto en el ámbito público como en el privado, para emitir opiniones sobre cuestiones concretas: puede servir de ejemplo el reciente informe elaborado por la consultora PWC en el que se recogen las recomendaciones de un "jurado ciudadano" sobre la reforma del sistema impositivo en el Reino Unido, a cuya consideración, sin embargo, no se sometió la posibilidad de introducir un impuesto sanitario finalista (71).

En España no disponemos de mecanismos similares, pero sí existe coincidencia en el problema de la limitación de recursos disponibles para financiar el mantenimiento del funcionamiento ordinario del SNS, pero también especialmente el acceso a los medios diagnósticos y terapéuticos más novedosos y de coste creciente. Por su parte, el organismo encargado de plantear medidas para el sostenimiento financiero del sistema, todas las cuales se han orientado hasta ahora en la línea de los recortes de la prestación sanitaria y la imposición o el aumento de copagos y tasas, es el Consejo de Política Fiscal y Financiera, que reúne a los representantes de las haciendas autonómicas. El Consejo, que debería constituir un observatorio permanente de la financiación y el gasto sanitario podría recabar de los agentes sociales (sindicatos; organizaciones profesionales; entidades ciudadanas), para su debate financiero y político posterior, la sugerencia de iniciativas, como las que se han comentado (un recargo o impuesto sanitario específico; aumento de los impuestos sobre consumos no saludables) u otras, dirigidas de manera concreta a facilitar la posibilidad de aumentar los ingresos específicos del sistema sanitario público con el

fin de mantener su funcionamiento sin recortar su cobertura personal ni material esencial, y hacer posible a la vez el acceso en condiciones de igualdad a los medios diagnósticos y terapéuticos más novedosos y de mayor coste.

d) Otras propuestas complementarias.

d.1) Integración de todos los sistemas de protección sanitaria con financiación pública existentes en España en el SNS.

La suficiencia de la financiación sanitaria en España no depende sólo de los recursos económicos dirigidos a mantenerla, que serán siempre limitados frente a las posibilidades de ampliación de la oferta, sino también de manera muy importante del gasto realizado, y de los niveles de prestación que se pretendan mantener con ella.

Al margen de los instrumentos de información de cómo se realiza el gasto, a lo que se ha aludido en el apartado anterior, y de la delimitación de las prestaciones a cubrir, cuyo ámbito, a semejanza de las condiciones establecidas en Canadá, debe ser “amplio” y lo más homogéneo posible para su sostenimiento con un sistema de financiación común, se debe también tener en cuenta que la opción por un "servicio (sistema) nacional de salud" como instrumento para hacer efectivo el ejercicio del derecho universal e igualitario a la protección sanitaria en general, y a la asistencia sanitaria en particular, supuso una opción específica por las economías de escala y la utilización universal de unos mismos servicios como instrumentos al servicio de la eficiencia y la sostenibilidad financiera del sistema.

En consonancia con ello, deben integrarse en un solo sistema de financiación común todos los fondos dirigidos a la atención de todos los grupos de población, e integrar a todos ellos en los mecanismos de atención del propio sistema. El mantenimiento de una financiación específica al margen de la del SNS, la mayor parte de ella dirigida a proporcionar la atención en instituciones privadas al margen del sistema a determinados grupos de población, los más destacados los incluidos en las distintas mutualidades de funcionarios, no es compatible con el carácter universal e igualitario de la protección sanitaria, por mucho que se pretendiera dar cobertura legal a esa situación mediante lo establecido en el apartado 2 de la Disposición adicional sexta de la ley 33/2011, de Salud Pública, y no es sostenible por más tiempo.

La integración de esos fondos en el sistema de financiación sanitaria común, para hacer posible su distribución con un único e igual criterio y financiar con ello unas prestaciones iguales, que ahora son diferentes en diversos sentidos, incluidos los

copagos para acceder a algunas de ellas, debe ser el primer paso para hacer efectivo el ejercicio igual del derecho a la protección sanitaria por todos.

La inclusión íntegra de esos fondos a la financiación del sistema, que tienen capacidad para asumir la atención de esos grupos con sus centros propios y los concertados que complementan donde es necesario su red, puede contribuir a mejorar su suficiencia económica. Por su parte, la inclusión de esos grupos de población en los mecanismos de atención de que dispone el sistema puede contribuir de manera importante a exigir la mejora de la calidad y la eficiencia de la atención que presta.

d.2) Establecimiento de un sistema de facturación automática entre CCAA por atención a pacientes desplazados.

El establecimiento de un sistema de facturación automática entre CCAA de la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos de una CA distintas a la de residencia habitual, sea cual sea la razón del desplazamiento, puede tener varios efectos favorables:

-en primer lugar, evitar los problemas que se vienen produciendo para la atención de diferente nivel y prestaciones distintas, incluida la farmacéutica, de ciudadanos de determinadas CCAA cuando, por razones diversas, son atendidos en centros de otras.

-puede contribuir a facilitar la utilización de criterios cooperativos y la previsión de economías de escala en la planificación sanitaria, evitando una multiplicación innecesaria de centros y servicios, por las CCAA. Si el mecanismo se complementa con la posibilidad de promover políticas comunes de inversión mediante fondos de gestión centralizada dirigidos desde la AGE sus efectos en términos de mejora de la eficiencia del sistema se multiplicarían.

El sistema, cuyas posibilidades de diseño con el desarrollo actual de la informática no tiene límite alguno, debe basarse en la utilización de una tarjeta sanitaria de uso intercambiable y común. Todas las dificultades habidas hasta ahora para su implantación derivan de los criterios políticos de diferentes CCAA para mantener algunos rasgos diferenciales en el diseño y el soporte de bases de datos de esa tarjeta. Eso hace que la disponibilidad de esa tarjeta única y común, y la puesta en marcha del sistema correspondiente de facturación entre CCAA, y la contribución para ello de éstas, debiera también figurar probablemente entre las “condiciones generales” del sistema.

La implantación de estos sistemas debe también evitar de manera expresa la introducción de fondos adicionales, como los que se han utilizado hasta ahora, para la financiación del sistema, dirigidos a compensar la atención de pacientes “desplazados”. Todos ellos se han basado en estimaciones realizadas con criterios discutibles, que dejan al margen determinados tipos de atención, lo que redundaría en las dificultades habidas para obtener ésta, y que favorecen a determinadas CCAA. Por otra parte, al suponer cantidades adicionales a las previstas para financiar la atención ordinaria por el sistema, esos mecanismos pueden contribuir a inducir su ineficiencia, en sentido contrario a lo que un sistema de facturación como el propuesto generaría.

5. Propuestas

1) Separación del sistema de distribución de la financiación de la asistencia sanitaria de las CCAA de la distribución de la financiación destinada a la gestión de otras competencias propias de aquéllas.

2) En el contexto de una modificación del sistema de distribución de la financiación sanitaria propuesto en el apartado anterior, dar un papel activo al Ministerio de Sanidad, a través del órgano de gobierno y coordinación del SNS, en la distribución de una parte de la financiación sanitaria, vinculado al control por el ministerio de unas condiciones básicas del SNS que contribuyan a garantizar la universalidad y la igualdad de la atención sanitaria prestada por éste.

Ampliar ese papel a la distribución por el mismo órgano de fondos dirigidos a financiar, o apoyar parcialmente, las inversiones necesarias para garantizar el mantenimiento de condiciones igualitarias en el acceso a centros y servicios, incluidas las dotaciones tecnológicas más novedosas, del SNS.

3) Constitución de un sistema de información económico-sanitaria específico de la gestión sanitaria de las CCAA conforme a un modelo común, e inclusión de la contribución al mantenimiento del mismo entre las condiciones esenciales dirigidas a mantener la universalidad y la igualdad de la protección sanitaria, sometiendo el cumplimiento de las mismas a un sistema de fijación de objetivos que redujese la

aportación de una parte de la financiación sanitaria específica gestionada por la AGE a la CA que las incumpliera.

4) Exclusión de la implantación de nuevos copagos o tasas por el acceso o la prestación de servicios distintos a la prestación farmacéutica.

5) Valoración de los efectos sanitarios y sociales de los copagos farmacéuticos introducidos por el Real Decreto-Ley 16/2012 y modificación de los mismos con criterios de efectividad y eficiencia de los productos y equidad (nivel de pago según nivel de renta, entre otros).

6) Constitución de un observatorio permanente de estudio del grado de suficiencia financiera del sistema sanitario en el ámbito del Consejo de Política Fiscal y Financiera, y análisis y propuesta por el mismo de las medidas fiscales adicionales que sean necesarias para garantizar la sostenibilidad financiera del propio SNS.

7) Inclusión de los fondos presupuestarios destinados a la atención sanitaria pública de colectivos específicos, en particular los gestionados por las mutualidades de funcionarios, en el sistema de financiación del Sistema Nacional de Salud y su distribución.

8) Establecimiento de un sistema de facturación automática entre CCAA de la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos de una CA distinta a la de residencia habitual, sea cual sea la razón del desplazamiento. El sistema debe basarse en la utilización de una tarjeta sanitaria de uso intercambiable y común.

6. Bibliografía del capítulo

1.- Vogler S. *Co-payments on medicines payments on medicines Overview, case studies and impact* . Lisbon: Health Economics Association, 22 June 2012. Accesible en:<http://www.apes.pt/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=K6czmJleliLjQdLWgE6Zd-UCUYuJzHAvhULobFedmrk,&dl>.

- 2.- Mas N Cirera L. Viñolas G. *Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español*. Barcelona: IESE Business School-Universidad de Navarra. Documento de Investigación DI-939, Noviembre 2011. Accesible en: http://www.compromisorse.com/upload/estudios/000/187/Informe%20copago%20actualizado_tcm4-77853.pdf .
- 3.- Bodenheimer, T. *High and rising healthcare costs. Part 1: Seeking an explanation*. *Annals of Internal Medicine*, 2005; 142(10):847-54.
- 4.- Bodenheimer, T. *High and rising healthcare costs. Part 2: Technological Innovation*. *Annals of Internal Medicine*, 2005; 142(11):932-7.
5. OECD. *Projecting OECD health and long-term care expenditures; what are the main drivers?* Paris: OECD Economics Department Working Papers No. 477ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS No. 477, 2006. Accesible en : <http://www.oecd.org/eco/public-finance/36085940.pdf> .
- 6.- Rey Biel P, Rey del Castillo J. *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver*, p. 32. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2005. Accesible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-financiacion-sanitaria-autonomica-un-problema-sin-resolver> .
- 7.- RAWP. *Sharing resources for health in England, Report of the Resource Allocation Working Party*. London: Department of Health and Social Security, HMSO, 1976.
- 8.- *Canada's Health Care System*. Accesible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php> .
- 9.- Stuart N. Adams J. *The sustainability of Canada's Healthcare System: A Framework for Advancing the Debate*. *Healthcare Quarterly*, 2007; 10(2): 96-102.
- 10.- Colomer JM. *Basta ya de Estados*. El País, 22 enero 2014.
- 11.- Evans RG. *Economic Myths and Political Realities*. British Columbia: UBC Centre for Health Services and Policy Research, July 2007. Accesible en: <http://medicare.ca/wp-content/uploads/2010/06/evansstudy.pdf> .
- 12.- *Informe sobre el desarrollo del Pacto de Toledo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2008. Accesible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/110963.pdf> .

- 13.- Rey del Castillo J. *El acuerdo sobre la financiación sanitaria; ¿crónica de una muerte anunciada o todavía queda algo que hacer por defender un sistema sanitario equitativo y universal?.* Revista de Administración Sanitaria, 2002; VI (21): 69-95.
- 14.- Sevilla Segura JV. *Las claves de la financiación autonómica.* Barcelona: Crítica, 2001.
- 15.- Rey del Castillo J. *Algunos comentarios sobre la Conferencia de Presidentes autonómicos y el futuro del Sistema Nacional de Salud.* Revista de Administración Sanitaria siglo XXI, 2006; 4(2): 323-339. Accesible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=13091841&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=261&ty=81&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v4n2a13091841pdf001.pdf .
- 16.- Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE. *Informe para el análisis del gasto sanitario.* Madrid: Instituto de Estudios Fiscales. Julio 2005.
- 17.- Hagist C Kotlikoff LJ. *Who's going broke?. Comparing healthcare costs in ten OECD countries.* NBER Working Paper No. 11833, 2005. Accesible en:
<http://www.nber.org/papers/w11833> .
- 18.- Prieto Orzanco A, Arbelo López de Letona A, Mengual García E. *El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios.* Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2006. Accesible en:
<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/el-papel-de-la-financiacion-publico-privada-de-los-servicios-sanitarios> .
- 19.- Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. *PFI in the NHS-is there an economic case?.* BMJ 1999;319:116 Accesible en:
<http://www.bmj.com/content/319/7202/116>.
- 20.- Pollock AM. Shaoul J. Vickers N. *Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?.* BMJ, 2002; 324: 1205-1209.
- 21.- Pollock AM, Price D. Liebe M. *Private finance initiatives during NHS austerity.* BMJ 2011; 342: d324. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d324> .
- 22.- Pollock AM. *How PFI is crippling the NHS.* The Guardian, July 29 2012: Accesible en: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2012/jun/29/pfi-crippling-nhs> .

- 23.- Pollock AM, Price D. *PFI and the National Health Service in England*. University of London June 2013. Accesible en: http://www.allysonpollock.com/wp-content/uploads/2013/09/AP_2013_Pollock_PFI_Lewisham.pdf .
- 24.- Puig-Samper F. *El gasto sanitario en España. Cuadernos de Información sindical 36/2013*. Madrid: Confederación Sindical de CCOO, noviembre 2013. Accesible en: http://www.ccoo.es/comunes/recursos/1/1737174-Cuaderno_de_Informacion_Sindical_n_36.pdf .
- 25.-. *El fraude fiscal alcanza en España el 6% del PIB, según el Consejo Económico y Social*. Europa Press, 26/2/2013. Accesible en: <http://www.europapress.es/economia/fiscal-00347/noticia-economia-fiscal-fraude-fiscal-alcanza-espana-pib-consejo-economico-social-20130226121711.html> .
- 26.- Bebea P. *El fraude fiscal en España supera al gasto sanitario*. Attac Madrid, 20 Julio 2014. Accesible en: <http://www.attacmadrid.org/?p=11568> .
- 27.- Hernández de Cos P, López Rodríguez D. *Estructura impositiva y capacidad recaudatoria en España: un análisis comparado con la UE*. Madrid: Banco de España. Documentos Ocasionales N.º 1406, 2014. Accesible en: <http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSerias/DocumentosOcasionales/14/Fich/do1406.pdf> .
- 28.- Ruesga SM, Carbajo D. *El “tax gap” en España. Definición, estimaciones y medidas dinámicas para su reducción*. Documento de trabajo, 22 octubre 2013. Accesible en: http://www.ibercampus.es/imagenes%5Cfotosdeldia%5C3207_estudio_el_tax_gap_en_espana_definicion_estimaciones_y_medidas_dinamicas_para_su_reduccion_santos_m_ruesga_y_domingo_carbajo.pdf .
- 29.- OECD Health Statistics 2014. Accesible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> .
- 30.- Rey del Castillo J, Rey Biel P. *La crisis de la hepatitis C: ¿qué crisis?*. Acta Sanitaria, 4 febrero 2015. Accesible en: <http://www.actasanitaria.com/la-crisis-de-la-hepatitis-c-que-crisis/> .
- 31.- Redacción Madrid. *Los sabios del ministro Montoro piden más copagos*. Redacción Médica, 14 marzo 2014. Accesible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/los-sabios-de-montoro-piden-mas-copagos-5155> .

- 32.- Zabalza A. *La reforma fiscal de la abundancia*. El País, Opinión, 1 agosto 2014. Accesible en:
http://elpais.com/elpais/2014/07/17/opinion/1405618735_782888.html .
- 33.- *El Gobierno no descarta introducir nuevos copagos en servicios públicos*. Europa Press, 5 mayo 2014. Accesible: <http://www.europapress.es/economia/fiscal-00347/noticia-economia-fiscal-gobierno-no-descarta-introducir-nuevos-copagos-servicios-publicos-asegurar-recaudacion-20140505131435.html> .
- 34.- Simó J. *¿Cuánto ha copagado el usuario del SNS por la farmacia de receta en 2013?*. Domingo 22 marzo 2015. Accesible en:
<http://saluddinero.blogspot.com.es/2015/03/cuanto-ha-copagado-el-usuario-del-sns.html> .
- 35.- Farmaindustria. Boletín de Coyuntura EL MERCADO DEL MEDICAMENTO EN ESPAÑA Número 117 Enero 2015. Accesible en:
[file:///D:/Usuarios/jrey/Downloads/Bol_Coyuntura_n117_ENE15%20\(2\).pdf](file:///D:/Usuarios/jrey/Downloads/Bol_Coyuntura_n117_ENE15%20(2).pdf) .
- 36.- *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. Madrid; Médicos del Mundo, abril 2014. Accesible en:
https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf .
- 37.- *Rising inequality: youth and poor fall further behind*. Paris: OECD, June 2014. Accesible en:
<http://ep00.epimg.net/descargables/2014/06/19/7c03beab44419d4e1d4d1b02d8b0d3ed.pdf>
- 38.- Bolaños A. *España sufre la crisis más desigual*. El País, 19 junio 2014. Accesible en:
http://economia.elpais.com/economia/2014/06/19/actualidad/1403175466_879515.html .
- 39.- Sevillano E. *Alonso da marcha atrás al copago hospitalario que impulsó Mato*. El País, Política, 15 enero 2015. Accesible en:
http://politica.elpais.com/politica/2015/01/15/actualidad/1421337852_423063.html .
- 40.- Lillo JM, Rodríguez Blas MC. *Estadística de gasto sanitario público 2012. Principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, abril 2014. Accesible en:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>.

- 41.- García Díez MA. (2008). *Intervención en el Seminario de la Fundación Alternativas “Sistema Nacional de Salud 2008: nueva etapa, nuevos retos”*. Madrid, 15 de Octubre de 2008. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, p. 25-35. Accesible en:
<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/seminarios-y-jornadas/sistema-nacional-de-salud-2008-nueva-etapa-nuevos-retos> .
- 42.- Sevilla Segura JV. *Lecciones sobre financiación pública de Estados descentralizados*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales. Manuales de Hacienda Pública, 2013. P. 50.
- 43.- *Distribución de la renta en España: desigualdad, cambios estructurales y ciclos*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2013. Accesible en:
<http://www.ces.es/documents/10180/526241/Inf0313.pdf> .
- 44.- *The quest for efficiency in the English NHS*. London: Nuffield Trust, 2012. Accesible en: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/our-work/projects/quest-efficiency-english-nhs> .
- 45.- *Making the NHS more efficient and less bureaucratic*. London: Department of Health and the RT Hon Earl Howe, March 2013. Accesible en:
<https://www.gov.uk/government/policies/making-the-nhs-more-efficient-and-less-bureaucratic> .
- 46.- Limb M. *NHS England slips further behind on its efficiency savings target*. BMJ 2013;347:f5297. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5297> .
- 47.- Appleby J, Galea A, Murray. *The NHS productivity challenge. Experience from the front line*. London: The King’s Fund, May 2014. Accesible en:
http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/the-nhs-productivity-challenge-kingsfund-may14.pdf .
- 48.- O’Dowd A. *Lack of managers is hampering efforts to make NHS efficiency savings, MPs hear*. BMJ 2014;349:g7459. Accesible en:
<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g7459> .
- 49.- Appleby J. *UK NHS: Less money (but more bangs per buck)?*. BMJ 2015;350:h1037. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h1037> .

- 50.- Cué CE. *Hacienda discute nuevos recortes con las autonomías para cumplir el déficit*. El País, Política 21 Julio 2014. Accesible en: http://politica.elpais.com/politica/2014/07/21/actualidad/1405969218_920514.html .
- 51.- Appleby J. *Prescription charges: are they worth it?*. BMJ, 2014; 348: g3944. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3944> .
- 52.- Redacción Madrid. *Sespas: el copago no debe exceder el 2% de la renta*. Diario Médico, 27 marzo 2014. Accesible en: <http://www.diariomedico.com/2014/03/27/area-profesional/sanidad/sespas-el-copago-no-debe-exceder-el-2-de-la-renta> .
- 53.- Howard DH. *Drug Companies' Patient Assistance Programs- Helping Patients or Profits?*. NEJM, 2014 (July 10); 371(2): 97-99. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1401658> .
- 54.- Frakt A. *Health Care Cost-Sharing Works- Up to a Point*. May 26, 2014. Accesible en: http://www.nytimes.com/2014/05/27/upshot/health-care-cost-sharing-works-up-to-a-point.html?_r=0 .
- 55.- McIntyre A. *When Medicaid has premiums, enrollees drop out*. Vox, May 27, 2014. Accesible en: <http://www.vox.com/2014/5/27/5754244/when-medicaid-has-premiums-enrollees-drop-out> .
- 56.- Saloner B, Sabik L, Sommers BD. *Pinching the poor?. Medicaid Cost Sharing under the ACA*. NEJM, 2014 (March 27); 370 (13): 1177-1180. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1316370> .
- 57.- Harker R. *NHS funding and expenditure*. London: Library-House Of Commons, 3 april 2012. Accesible en: <http://www.nhshistory.net/parlymoney.pdf> .
- 58.- Roberts A, Marshall L, Charlesworth A. *A decade of austerity?*. London: Nuffield Trust, December 2012. Accesible en: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/121203_a_decade_of_austerity_full_report.pdf .
- 59.- *Closing the NHS funding gap: how to get better value health care for patients*. London: Monitor, October 2013. Accesible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/284044/ClosingTheGap091013.pdf .
- 60.- Lafond S, Arora S, Charlesworth A, McKeon A. *Into the red? The state of the NHS' finances*. London: Nuffield Trust, July 2014. Accesible en: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/red-state-nhs-finances> .

- 61.-** Pearce N. *Let's talk about tax (and why the NHS needs it)*. London: IPPR, 22 April 2014. Accesible en: <http://www.ippr.org/nicks-blog/lets-talk-about-tax-and-why-the-nhs-needs-it> .
- 62.-** Pearce N. *A tax rise can be popular if it is used to save the NHS*. London: The Times, April 21 2014. Accesible en: <http://www.thetimes.co.uk/tto/opinion/article4068312.ece> .
- 63.-** Grice A. *Inside Westminster: An "NHS tax"-everybody's thinking about it, everybody knows it' inevitable, but nobody will admit as much*. The Independent, 26 May 2014. Accesible en: <http://www.independent.co.uk/voices/comment/inside-westminster-an-nhs-tax--everybodys-thinking-about-it-everybody-knows-its-inevitable-but-nobody-will-admit-as-much-9385916.html> .
- 64.-** Borland S. *Call for £10 a month fee to use NHS and £20 a night to stay in hospital: Former Labour health minister says out-of-date service needs the cash*. Daily Mail, 30 March 2014. Accesible en: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2592986/Call-10-month-fee-use-NHS-20-night-stay-hospital-Former-health-minister-says-money-help-prevent-financial-crisis.html> .
- 65.-** Goenaga Ruiz de Zuazu M. *Medidas sociales para combatir el fraude fiscal en España*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2014. Accesible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/medidas-sociales-para-combatir-el-fraude-fiscal-en-espana> .
- 66.-** Warner N, O'Sullivan J. *Solving the NHS care and cash crisis: Routes to health and care renewal*. London: Reform, March 2014. Accesible en: http://www.reform.co.uk/wp-content/uploads/2014/10/Solving_the_NHS_care_and_cash_crisis-1.pdf .
- 67.-** Dyer C. *NHS faces legal action on payment by patients for private drugs while receiving NHS care*. BM, 2008J; 336(7 June): 1265. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2413355/> .
- 68.-** Lyall S. *Paying patients test British health care system*. NY Times , February 21, 2008. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2008/02/21/world/europe/21britain.html?oref=login> .
- 69.-** King's Fund. *Consultation response*. 28 January 2009. Accesible en: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Consultation-response-Department-of-Health-additional-private-care-jan-2009.pdf .

70.- Kmietowicz Z. *Think tank calls for withdrawal of guidance allowing top-up payments.* Accesible en: <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b413> .

71.- *Paying for tomorrow.* PWC-UK, 2014. Accesible en: <http://www.pwc.co.uk/issues/futuretax/index.jhtml> .

Capítulo 4. La gestión de los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud

Índice

1. Una perspectiva internacional comparada de la gestión en los Servicios Nacionales de Salud.....	189
1.1. Aspectos generales.....	189
1.2. Las fórmulas de gestión público-privada.....	192
2. Evolución de la gestión de centros y servicios del SNS.	193
2.1. Los orígenes más remotos.	193
2.1.1. Las disposiciones sobre gestión de centro y servicios en la LGS.	193
2.1.2. La puesta en cuestión del modelo de gestión "tradicional".....	194
2.2. La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990 y el informe Abril.....	195
2.2.1. La LOSC de 1990.....	195
2.2.2. El informe Abril.....	197
2.3.- La evolución posterior de la gestión en el SNS.....	198
2.3.1. Los cambios en la gestión de los servicios autonómicos tras el traspaso de la asistencia sanitaria.	198
2.3.2. La Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el SNS, y la aparición de un nuevo modelo de gestión público-privada.....	200
a) La Ley 15/1997.	200
b) El nuevo modelo de gestión privada de los servicios y centros públicos.....	201
2.3.3. La gestión de los centros "propios" del SNS.....	203
2.4. Cambios del modelo de gestión en Atención Primaria (AP).....	205
2.5. Las propuestas de "gestión clínica".	209
3. Análisis de las posibles propuestas para la modificación de la gestión del SNS.....	212
3.1. La situación en Cataluña.....	212
3.2. La gestión de los centros propios del SNS.....	214
3.3. Las formas de gestión privada de centros públicos.....	218

3.3.1. Valoración de las formas existentes.....	218
a) Valoraciones específicas.	218
b) Repercusiones potenciales de estas formas de gestión en el conjunto del SNS.....	220
3.3.2. Condiciones para una nueva regulación específica de estas formas de gestión.....	223
3.4. La gestión de la atención primaria.....	224
3.4.1. Ausencia de alternativa general al modelo de centros de salud.....	224
3.4.2. Las creación de "entidades de base asociativa".	225
3.4.3. Ausencia de valoraciones de la situación actual de los centros de salud.....	226
3.4.4. Dotar de mayor autonomía de gestión a los centros?	227
a) Regulación de un marco "básico" general de actuación.	227
b) Mantenimiento en el ámbito público.....	228
c) Condiciones para una nueva regulación específica de formas de autogestión en AP.....	230
d) Ámbitos de desarrollo posible de la autogestión en AP.....	231
e) Variabilidad y carácter experimental de las experiencias a desarrollar y los centros en los que aplicar medidas de autogestión en AP.	233
3.5. Reorientación de los planteamientos sobre gestión clínica aplicados hasta ahora.	234
4. Propuestas.....	236
5. Bibliografía del capítulo.....	239

1. Una perspectiva internacional comparada de la gestión en los Servicios Nacionales de Salud

1.1. Aspectos generales.

El ámbito de referencia comparada en este caso es sólo el de los sistemas sanitarios tipo Beveridge, conocidos como "servicios nacionales de salud", pues sólo en estos se daban en su origen las condiciones de propiedad pública de los centros (por el propio sistema o por otras entidades de la misma condición) que permitían una gestión homogénea de los mismos, y unos iguales mecanismos de control, incluidos los económicos, de la gestión realizada.

Por su parte, los sistemas bismarckianos, o de Seguridad Social, se caracterizan desde sus orígenes por carecer de centros "propios" del sistema de Seguridad Social correspondiente, y por utilizar la forma de contratos entre el sistema (organizado en la mayoría de los países por "cajas de seguro") y centros de diferente propiedad (con más frecuencia pública, pero sin excluir la participación de centros privados), para proveer la asistencia sanitaria de los "asegurados" por cada caja de seguro, o por el sistema único (caso de Francia) que garantiza la atención. En estos sistemas ha existido, en consecuencia, desde su origen una cierta forma de "mercados", entre quienes "compran" servicios sanitarios para sus asegurados (las aseguradoras semipúblicas, organizadas o no por cajas de seguro, en muchos casos constituidas por ramas de producción) y los "proveedores" de esos servicios (en general organizaciones y centros hospitalarios de una u otra propiedad, mayoritariamente pública o de organizaciones sin ánimo de lucro).

Tras una época, a lo largo de los años 80, en los que en el Reino Unido se intentó mejorar la eficiencia en la gestión de los centros públicos mediante el nombramiento de gestores (gerentes) profesionales procedentes de otras áreas, un ejercicio de resultados limitados (1), la situación descrita, básicamente hasta entonces estable en sus características, cambió a principios de los 90 del siglo pasado para los servicios de dos de los países, el Reino Unido y Suecia, más caracterizados como "servicios nacionales de salud", cada uno con sus propias peculiaridades poblacionales (una población casi diez veces mayor por parte del Reino Unido) y de propiedad de los

centros (en Suecia, de los "condados", corporaciones locales que agrupan a entidades municipales de tamaño menor).

En esos dos casos, la intención inicial de dotar de independencia de gestión y presupuestaria a los centros sanitarios, tanto de nivel hospitalario como, en especial en el caso del Reino Unido, a la atención primaria (constituyendo para ello "grupos de atención" dotados de presupuesto propio, a los que en el Reino Unido se denominó inicialmente como "fundholdings", literalmente "poseedores de fondos") (2), estaba orientada no tanto ni sólo a modificar la naturaleza jurídica de los centros hospitalarios o cambiar la forma de organización de la atención primaria (basada, en el caso del Reino Unido, en relaciones contractuales con médicos individuales, los *General Practitioners*, GPs) (3).

Por el contrario, el objetivo principal declarado de las modificaciones de la estructura y la naturaleza jurídica de las organizaciones existentes a ambos niveles de atención en esos dos países concretos era crear "mercados sanitarios" regulados (4), en los que las relaciones entre ambos niveles de atención se estableciesen mediante mecanismos de "compra" de servicios desde la atención primaria a la hospitalaria, en el ámbito de sistemas que hasta entonces funcionaban de manera "integrada" y jerarquizada, con la atención primaria como "puerta de entrada" ordinaria de cada sistema respectivo. Esa nueva forma de relación suponía, a su vez, dotar de presupuestos propios de base capítativa en función de la libre elección ciudadana de unos u otros "equipos" a las entidades constituidas en el nivel primario; por su parte, se trataba de sustituir la presupuestación hospitalaria de base histórica por presupuestos propios no garantizados, determinados en cada caso en función de la capacidad de atracción de los pacientes derivados desde las entidades de nivel primario.

Los escasos resultados obtenidos por esas reformas en términos de mejora de la eficiencia de los sistemas sanitarios respectivos llevó en ambos países a modular la el funcionamiento de los "mercados" correspondientes (5). En ambos casos se han ido restableciendo formas de integración no competitiva entre los distintos niveles de atención, y limitaciones en las consecuencias en cuanto a cierre de centros (todos ellos públicos) que se deberían derivar en un sistema de "mercado" puro para aquéllos que no obtuviesen por las vías establecidas de atracción de pacientes niveles suficientes de financiación para su mantenimiento (sólo en Suecia se planteó un único caso concreto que llegó a consumarse).

Los resultados escasos obtenidos por los "mercados" regulados creados en ambos países, y su limitación progresiva posterior, no han llevado, sin embargo a que, especialmente en el caso del Reino Unido, cuyas condiciones de tamaño poblacional y organización política lo asemejan más a otros estados, se hayan abandonado las medidas dirigidas a la adopción de nuevas formas de organización y constitución independiente de los centros y servicios, con el objetivo, al menos declarado, por los gobiernos de uno u otro color que se han ido sucediendo, de "mejorar su gestión", lo que ha conllevado además un elevado grado de privatización de lo que antes era un modelo de servicio público universal (6).

En el caso de la atención primaria en el Reino Unido, y a través de distintos pasos intermedios, la organización está ahora basada en "*clinical commissioning groups*" que agrupan a un número de profesionales médicos y de enfermería mucho más amplio del que reunían los "funholdings" originales, que disponen de presupuestos capitativos propios, pueden ofrecer servicios privados complementarios a la atención cubierta por el NHS, y cuya gestión puede llevarse a cabo por entidades privadas. Entre estas últimas se ha permitido la participación de distintas aseguradoras y cadenas de servicios médicos norteamericanas. Esa situación ha convertido en general a las entidades citadas en una especie de pequeñas aseguradoras, que negocian la atención de los pacientes que se adscriben a cada una, y los precios que los hospitales les aplican en cada caso, con los centros del nivel hospitalario de atención.

Por su parte, los centros hospitalarios, denominados ahora como "*trusts*" (término traducible aquí como compañías o empresas), han adquirido todos ellos también un amplio grado de independencia presupuestaria y de gestión de la atención, sometidos una y otra a controles (laxos) por parte de un organismo específico creado al efecto en el Departamento de Salud denominado Monitor. Esos controles no han impedido que, como han puesto de relieve la National Audit Office (NAO) y el Comité de Cuentas Públicas del Parlamento británico (7; 8), muchos de ellos incurran en déficits presupuestarios persistentes, y algunos en episodios sonados de deterioro manifiesto de la calidad de la atención (el más conocido el del *MidStaffordshire NHS Foundation Trust*, que ocupó en los primeros meses de 2013 los medios de comunicación) (9; 10).

1.2. Las fórmulas de gestión público-privada.

El Reino Unido, y en especial Inglaterra, ha sido además pionero y difusor original de la idea de recurrir a la fórmula conocida como PFI (siglas de *Private Finance Initiative*) para la construcción de nuevos centros hospitalarios con financiación privada, a cambio de su pago mediante un canon aplicado durante períodos de tiempo prolongados (veinte o más años) por la gestión de partes (habitualmente los servicios no sanitarios) de los servicios prestados por la empresa o grupo de empresas que financian la construcción.

La idea teórica de construir nuevos centros con esas fórmulas fue promovida inicialmente por los últimos gobiernos conservadores de Margaret Thatcher y John Major, sin que con ninguno de ellos se llegase a construir ningún centro bajo esas condiciones. Por el contrario, fueron los gobiernos laboristas de Tony Blair y Gordon Brown los que hicieron efectiva la aplicación de esta fórmula. Estos últimos, pese a la oposición partidaria previa a su utilización antes de acceder al gobierno, y el compromiso programático de derogarla, promovieron sucesivamente un desarrollo explosivo de su utilización, hasta llegar a construir con ella casi 100 centros durante sus mandatos. Ese desarrollo supuso la renovación casi completa de un parque hospitalario que no se había renovado durante muchos años, y que presentaba graves problemas estructurales. La cesión de la gestión de los nuevos centros a entidades privadas, realizada con arreglo a las condiciones de la propia fórmula de financiación utilizada, derivó finalmente en una modificación general de las fórmulas de gestión de la casi totalidad de los centros hospitalarios, permitiendo su gestión económica y sanitaria por entidades privadas nacionales o extranjeras, de entre las que algunas compañías aseguradoras norteamericanas han ocupado un lugar destacado.

Entre las conclusiones de los estudios publicados sobre los efectos de esa modalidad de ampliación y mejora de la oferta hospitalaria conocida como PFI cabe destacar (11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18):

* En primer lugar, las que apuntan a que los costes globales de la construcción de los centros, que eran la razón original de la utilización de esa fórmula para suplir las carencias de la capacidad inversora pública, se ven globalmente incrementados con la utilización de la misma de manera importante por razones distintas. Entre éstas, que han sido objeto de estudio especial en el Reino Unido, pero también en nuestro país, cabe incluir el coste de los préstamos bancarios necesarios para afrontar la

construcción de los centros, a los que se aplican tipos de nivel muy superior al aplicable al coste de los construídos con financiación pública directa.

*Con los contratos que se han venido firmando, las fórmulas citadas no suponen tampoco un traslado efectivo de riesgos (de construcción, en forma de retrasos y aumentos de costes de la misma; de disponibilidad; o de modificación de la demanda sobre el proyecto original) a las empresas adjudicatarias, lo que resulta en costes añadidos a medio plazo para el servicio público que las utiliza, pese a que en el corto plazo permita cumplir los objetivos de déficit y evite por ahora que las deudas contraídas con las empresas figuren como deuda pública. Este criterio contable se está poniendo en cuestión por la Unión Europea.

* Otros estudios comparados de los hospitales construidos bajo fórmulas similares en distintos países desarrollados y en desarrollo, realizados y difundidos bajo los auspicios de la OMS (19; 20), han permitido también concluir que la gestión privada de los mismos durante los plazos acordados no ofrece por sí misma y por su propia naturaleza en términos eficiencia y calidad de la atención prestada, ninguna ventaja significativa sobre la gestión pública de centros comparables bien gestionados. No hay en este sentido, y pese a todas las afirmaciones en contrario de parte de las sociedades gestoras de ese tipo de centros, en especial en España, una “buena gestión privada” y una “mala gestión pública”, sino tan solo una buena o mala gestión.

2. Evolución de la gestión de centros y servicios del SNS (21; 22; 23: 24).

2.1. Los orígenes más remotos.

2.1.1. Las disposiciones sobre gestión de centros y servicios en la LGS.

La primera referencia necesaria en este terreno es la Ley General de Sanidad, de 1986, y la observación de que esa norma básica y constitutiva del SNS no hace ninguna referencia expresa a estas cuestiones.

Esa ausencia de referencia a las mismas en el texto legal es probablemente sobre todo la consecuencia de la forma en que se constituyó el SNS, sobre la base principal del sistema sanitario de Seguridad Social creado bajo la dictadura. La característica

principal de éste, de manera contraria a lo que había ocurrido previamente en otros sistemas sanitarios de Seguridad Social, era estar basado en una red de instituciones propias organizadas de manera jerarquizada, cuya gestión se llevaba a cabo por personal funcionario del propio sistema de Seguridad Social bajo reglas de control centralizado, y gestión de cada centro sometida a las indicaciones de arriba abajo realizadas en la misma organización. Ésta sólo había sufrido un proceso de descentralización administrativa o “desconcentración”, sin ninguna posibilidad de independencia de los centros ni en su presupuestación, ni en la gestión del personal, ni en las relaciones con los proveedores sanitarios. Pese a todo, la gestión de ese sistema, en el que el INSALUD se constituyó como organismo autónomo de carácter administrativo, con menores costes de interferencia pública, y en una situación de desarrollo tecnológico menor, permitía un funcionamiento más ágil de los servicios sanitarios que el sometido al derecho administrativo tradicional.

En todo caso, ese modelo de gestión fue asumido por la Ley General de Sanidad sin introducir ninguna modificación en el mismo, quizás también porque el modelo que constituyó la principal referencia tácita para transformarlo en un “servicio nacional de salud” (que por su descentralización sólo pudo llamarse “sistema” nacional de salud) fue el NHS inglés, que disponía de una red de centros propios distribuidos por todo el territorio, aunque estos tuvieran unas condiciones organizativas distintas a las del sistema de Seguridad Social español.

2.1.2. La puesta en cuestión del modelo de gestión “tradicional”.

Ese “modelo” de gestión burocrática de los centros fue, sin embargo, puesto de inmediato en cuestión desde la entrada del PSOE en el Gobierno de la nación, incluso antes de que aprobara la LGS, atribuyéndole al mismo la supuesta ineficiencia del sistema, que era especial motivo de preocupación en aquel momento por la situación económica en que se encontraba el país.

Una primera respuesta a esa situación fue la sustitución inicial de los gestores de la Seguridad Social por “gerentes” no procedentes inicialmente del sector sanitario, contratados para dirigir la gestión de los centros de mayor tamaño. El fracaso en la atracción hacia ese tipo de puestos de personas ajenas al sector sanitario, en buena parte por la limitación de los incentivos económicos establecidos para aquéllos en relación con los percibidos en otros sectores productivos, hizo que pronto los gerentes “profesionales” fueran sustituidos por personal sanitario con cualificaciones

asistenciales demostradas y afín en el terreno político al partido del gobierno, pero carente de formación en gestión sanitaria. Por el contrario, en la mayoría de los casos se mantuvo la exclusión de hecho, guiada por la presunción de falta de afinidad con el partido del gobierno, de quienes habían desempeñado hasta entonces la función de administración y gestión de los centros, los funcionarios de los cuerpos sanitarios (sobre todo Médicos Inspectores) de la Seguridad Social.

Las carencias formativas del personal asistencial incorporado a la gestión de los centros o que aspiraba a incorporarse a la gestión abandonando, siquiera temporalmente, su puesto asistencial, sirvieron de caldo de cultivo para la proliferación de cursos de gestión sanitaria en numerosas escuelas privadas de negocios. Por el contrario, esa demanda fue escasamente atendida desde el ámbito de las escuelas públicas de sanidad que se fueron creando por distintas CCAA; ni tampoco lo fue por la Escuela Nacional de Sanidad, dependiente del Mº de Sanidad, que subsumió una "Escuela de Gerencia Hospitalaria" existente previamente, siendo procedentes ambas del ámbito de la antigua Dirección General de Sanidad. Esa respuesta pública negativa, o cuando menos muy limitada, a la demanda de formación adecuada en gestión hospitalaria contribuyó sin duda a que para la incorporación a la gestión de los centros públicos no se estableciese ningún requisito formativo específico. Lo que, a su vez, provocó que la creación de una cultura de la gestión sanitaria pública fuese sobre todo influida por entidades ajenas al sector público, con las contradicciones que ello podía generar.

2.2. La Ley de ordenación sanitaria de Cataluña de 1990 y el Informe Abril

El origen de las demandas y las decisiones adoptadas en determinados ámbitos territoriales para modificar de forma estructural las formas organizativas y de gestión de los centros públicos hay que situarlo algún tiempo después, en el principio de la década de los noventa:

2.2.1. La LOSC de 1990.

En 1990, la ley autonómica 15 de ese año, de ordenación sanitaria de Cataluña, dictada acogiendo a las facultades de autoorganización que asistían a la Generalitat catalana después de haber recibido (en 1981, cinco años antes de la LGS) el traspaso de la "asistencia sanitaria de la Seguridad Social", dotó al Servicio Catalán de la Salud (SCS), el organismo que venía a sustituir al INSALUD en el territorio citado, de una

naturaleza diferente a la del propio Instituto central. El INSALUD, como se ha indicado, era desde su creación en 1978 un organismo autónomo de carácter administrativo. La Ley catalana dotó al SCS de la naturaleza de ente público de carácter institucional, haciéndole responsable de la financiación y cobertura de los servicios y prestaciones sanitarias. A la vez, la propia Ley 15/1990 citada abrió la posibilidad de que la gestión de esos servicios en Cataluña, separada de las responsabilidades citadas, se llevase a cabo mediante fórmulas de gestión diversas - directas, indirectas o compartidas- a través de entidades públicas o privadas admitidas en derecho.

En la práctica, en Cataluña la gestión de los centros dependientes del antiguo INSALUD se mantuvo (y se ha mantenido hasta ahora) bajo un órgano centralizado único, el Instituto Catalán de la Salud (ICS), del que siguieron dependiendo bajo fórmulas de relación similares y sin mayor autonomía los centros citados. (El ICS se transformó en 2007, durante el mandato de gobierno tripartito, en empresa pública).

La utilización de otras formas de gestión diferentes en aquel territorio afectó principalmente a los centros, muy numerosos allí y dotados de gran tradición, que fueron remozándose en su estructura física y su tamaño, que eran propiedad de las corporaciones locales, y cuyo funcionamiento venía manteniéndose en régimen de concierto con el antiguo INSALUD.

La fórmula adoptada de manera más general para que el SCS participase de manera más amplia en la gestión de esos centros fue la de constituir consorcios, una fórmula ya prevista legalmente con anterioridad, pero que se aplicó a partir de entonces a los centros sanitarios, en los que el propio SCS participaba junto con las entidades locales propietarias de los centros. Una evolución “federativa” de esos centros llevó a la constitución posterior, varios años después, del Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC), como red proveedora de servicios paralela a la constituida por los centros del antiguo INSALUD, con la que el Servicio Catalán de la Salud, como responsable de la cobertura sanitaria en Cataluña, establecía relaciones contractuales generales homogéneas (por ejemplo, en el establecimiento de niveles retributivos del personal similares) concretadas luego en el contrato específico con cada centro.

La raíz de la ley catalana 15/1990 parece situarse, en consecuencia, no tanto, o al menos no principalmente, en la búsqueda por parte del Gobierno catalán de fórmulas de gestión específicas de los centros sanitarios en la línea de las reformas que se

estaban llevando a cabo en otros países europeos, sino más bien como una adaptación a las peculiares condiciones en cuanto a propiedad de los centros que se daba en aquel territorio.

Por otra parte, puesto que muchas de las corporaciones locales en aquella CA estaban gestionadas por el PSC, mientras que la Generalitat ha estado la mayoría del tiempo democrático gestionada por CiU, la fórmula adoptada, y la posibilidad subsiguiente de que el SCS se convirtiera en "comprador" de servicios a "proveedores" distintos (el ICS, que ha gestionado siempre los hospitales del antiguo INSALUD, más el Consorcio Hospitalario de Cataluña, a los que se añadió después la Unión Catalana de Hospitales, que reúne a los centros privados de aquel territorio, de la que era presidente hasta su nombramiento el actual Consejero de sanidad catalán) , se convirtió en una estrategia política pactada y que ha mantenido el apoyo de los hasta ahora dos principales partidos catalanes.

2.2.2. El Informe Abril

Por su parte, en julio de 1991 la llamada "Comisión Abril" hizo entrega al M° de Sanidad del informe que se le había encargado algo más de un año antes por acuerdo del Pleno del Congreso, a propuesta formal del CDS, vehiculado a través del Consejo Interterritorial.

Aparte de otros aspectos de las propuestas contenidas en el informe (la sugerencia de introducir copagos en la prestación farmacéutica a los pensionistas) que fueron determinantes para que no se diera aplicación inmediata alguna a sus recomendaciones, el informe contenía sugerencias para modificar la naturaleza de los centros del sistema sanitario público, de manera que pudieran constituirse como entidades independientes y responsables de su ejercicio presupuestario y de gestión. El informe sólo apuntaba a la modificación de la naturaleza jurídica y el cambio en las formas de gestión de los centros, con objeto de mejorar su eficiencia en el ámbito de una organización integrada, que globalmente no se ponía en cuestión, sin entrar tampoco a hacer ninguna referencia a los cambios jurídicos en la LGS y otras normas que habrían sido necesarios para hacer posibles los grados de autonomía de gestión de los centros que se proponían.

2.3. La evolución posterior de la gestión en el SNS.

2.3.1. Los cambios en la gestión de los servicios autonómicos tras el traspaso de la asistencia sanitaria.

La influencia combinada de la norma catalana citada con las ideas sugeridas en el Informe mencionado, surgidos ambos en el contexto de los movimientos a favor de una "nueva gestión pública" en diferentes ámbitos de todas las administraciones, tuvo, sin embargo, un desarrollo peculiar en los años más inmediatos siguientes: quienes aplicaron las recomendaciones para modificar las formas de gestión de los centros fueron la mayoría de las restantes CCAA distintas a la catalana, hubieran recibido o no el traspaso de los centros del INSALUD, con la excepción destacable inicial de las CCAA vasca y navarra, las cuales, a su vez, disponían de un sistema distinto, y más favorable, de financiación. Ese desarrollo se hizo en dos sentidos diferentes:

- en primer lugar, todos los servicios autonómicos de salud que se fueron creando, hubieran recibido o no el traspaso del INSALUD, modificaron su naturaleza jurídica, la mayoría de ellos para hacerla similar, como entes de derecho público, a la del Servicio Catalán de la Salud. Esa nueva forma de constitución de los servicios, que adoptaron en sus leyes de los servicios de salud correspondientes Asturias, Baleares, Madrid, Murcia y el País Vasco, además de Cataluña para el SCS, proporcionaba una mayor libertad en la gestión, y una tutela menos asfixiante de las Consejerías de Hacienda respectivas que, sin embargo, luego muchos de ellos no pudieron o quisieron utilizar.

- en segundo lugar, generaron todas ellas "nuevas formas de gestión" en centros de nueva creación, dejando al margen, al igual que ya había hecho Cataluña con los centros del Instituto Catalán de la Salud, los centros dependientes del INSALUD, hubieran recibido o no el traspaso de éstos. Ello dio lugar a diferentes nuevas modalidades de gestión de centros, casi una por cada CA, convirtiéndose además cada una en un elemento diferencial y distintivo de la CA que la había adoptado como propia (fundaciones sanitarias en Galicia; fundaciones en Baleares y Madrid; empresas públicas en Andalucía; los consorcios mencionados en Cataluña).

Por otra parte, y de manera contradictoria con los movimientos descritos, el proceso de traspaso de responsabilidades en materia de asistencia sanitaria a las CCAA rompió la situación de menores costes de interferencia pública que se derivaban de la constitución del INSALUD como organismo autónomo, provocando a partir de ello la

interferencia de los intereses políticos de los nuevos poderes autonómicos por dos vías:

- de un lado, contribuyendo a restringir la libertad de gestión económico-presupuestaria sanitaria a través de la intervención de las Haciendas autonómicas, que imponen sus reglas de gestión y control;

- en segundo lugar, facilitando la expresión de los intereses locales, al convertir a los centros sanitarios, en especial los hospitales, en elementos centrales de visibilidad y responsabilidad de las autoridades que asumen la gestión de los servicios, de los que los presupuestos sanitarios son su fuente de poder económico principal.

Por otra parte, la ejecución y el desarrollo de los traspasos sanitarios durante una época de bonanza económica relativa facilitó los desarrollos en la gestión descritos, de manera que, durante un amplio periodo de tiempo, el valor principal de la gestión sanitaria fue el de no provocar tensiones o conflictos que alcanzasen el ámbito público, aunque las nuevas formas de gestión no ofreciesen resultados económicos favorables en términos de mayor eficiencia. Mientras que, por el contrario, los costes crecientes de la interferencia política llevaron a reducir y hasta eliminar el funcionamiento de sistemas generales centralizados de información que permitieran comparar la gestión realizada en diferentes centros y servicios.

La constitución de "nuevas formas de gestión" en centros de nueva creación encontró, por su parte, durante un tiempo un límite claro, con el que chocó la tendencia a una diversificación excesiva y a un aumento significativo de la dispersión en términos absolutos de esas nuevas formas de gestión, como consecuencia del número reducido de centros a los que se aplicó cada una. Ese límite se debe poner en primer lugar en relación con las limitaciones presupuestarias para la creación de centros nuevos, tanto en el ámbito central del INSALUD no traspasado como en el de los autonómicos, más aún cuando las disponibilidades presupuestarias en uno y otros se dedicaron de manera preferente a la creación de una amplia red de centros de salud. Pero se debe poner también en relación con el hecho de que, a mediados de los años noventa del siglo pasado, el mapa hospitalario público español estaba ya ampliamente desarrollado, e incluso en algunos territorios se podía considerar excesivo en algunos de ellos, en los que la creación de nuevos centros de pequeño tamaño coexistió desde su creación con bajos índices de ocupación de los mismos, derivados de las preferencias de atención de la propia población (esto ha ocurrido en especial con la

creación de hospitales de pequeño tamaño bajo la fórmula de empresas públicas en Andalucía, e igual con la creación de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución o CHARES).

En todo caso, el efecto global de la multiplicación de formas de gestión diferentes, aunque éstas se limitaran a los centros de nueva creación, junto con las consecuencias derivadas del mayor grado de interferencia política sobre la gestión resultante de los trasposos efectuados, fue dificultar con ello una gestión funcional y presupuestaria homogénea de cada uno de los servicios autonómicos de salud y, en conjunto, del SNS, y marginar la preocupación por la eficiencia de la gestión de éste.

2.3.2. La Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el SNS, y la aparición de un nuevo modelo público-privado de gestión.

a) La Ley 15/1997

La llegada al gobierno central del PP en 1996, en el que se encargaron de la cartera sanitaria como ministro y director del INSALUD quienes habían ejercido hasta entonces las responsabilidades equivalentes en Galicia, donde se habían constituido como modalidad peculiar de gestión nueva algunas "fundaciones " sanitarias, se siguió al año siguiente de una norma, la ley estatal 15/1997, de carácter básico, que dio cobertura legal a todas las formas de gestión de los centros en el SNS realizada *"directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho"*, sin establecer ninguna condición de homogeneidad entre ellas que facilitara la gestión global del SNS. De entre las peculiaridades de esta ley cabe señalar también que su promulgación, una vez introducidos los términos resaltados en negrilla, contó con el apoyo del Partido Socialista.

La publicación de la Ley dio lugar a un amplio debate, en el que quienes se opusieron a la misma, y lo siguen haciendo, centraron principalmente sus críticas en la contribución que la aplicación de esas "nuevas formas de gestión" podía suponer a introducir vías de privatización del SNS. Este criterio, de dudosa aplicación a las fórmulas públicas de gestión de nuevos centros que se fueron adoptando, adquiere, por el contrario, todo su sentido para el caso de los nuevos hospitales, el primero el de Alzira en 1998, creados o cedidos a la gestión privada bajo una u otra variante de

fórmulas de asociación o partenariado público-privado (PPP), que no se incluían entre las posibilidades abiertas por la Ley 15/1997.

No cabe, sin embargo, olvidar que la creación de nuevos centros bajo esas fórmulas de asociación público-privada no tuvo su origen principal, aquí como en otros países, en la modificación de la forma de gestión de los centros, sino ante todo en la utilización de capital privado para superar las limitaciones de la capacidad inversora pública de las que adolecían las haciendas central y autonómicas. Esas limitaciones tuvieron sus efectos en las restricciones con las que se extendieron otras formas de gestión pública.

Las restricciones para la difusión de otras fórmulas públicas de gestión directa están, por el contrario, en abierto contraste con la difusión progresiva y constitución como único modelo alternativo real a la gestión pública el modelo de concesión administrativa iniciado con el Hospital de Alzira y otras variantes de la fórmula de asociación o partenariado público-privado (PPP). (La conocida como PFI, de origen británico en su aplicación a la construcción de centros sanitarios, supone la compensación de la construcción con el pago por la gestión de los servicios no clínicos; por su parte, en las concesiones administrativas, como el “modelo Alzira”, se adjudica también la gestión de los servicios clínicos y sanitarios).

b) El nuevo modelo de gestión privada de los servicios y centros "públicos".

Que el Hospital de Alzira, en la Comunidad Valenciana, construido por una UTE de la que formó parte originalmente la compañía de seguros sanitarios ADESLAS como fórmula de gestión indirecta privada, no pudiera enmarcarse siquiera en los límites de la “*naturaleza o titularidad pública*” establecidos en la Ley 15/1997, no hizo que desde el Mº de Sanidad del momento (del PP) se realizara siquiera alguna observación formal a su constitución bajo la fórmula citada, observación que está prevista legalmente cuando una norma o acto autonómico se considera que carece de encaje en el ordenamiento jurídico de forma adecuada. Tampoco el PSOE, que había votado favorablemente la Ley con las limitaciones “públicas” citadas, formuló por entonces ninguna objeción. Por su parte, la impugnación realizada por CCOO sobre la base de razones formales en la gestión del personal no impidió tampoco, conforme a una sentencia del Tribunal Superior de Justicia Valenciano, ningún obstáculo para su reconocimiento jurídico formal.

La evolución posterior en cuanto a la constitución de centros nuevos con esta fórmula ha seguido desde entonces una evolución bien conocida, que ha supuesto la constitución de cuatro centros nuevos bajo la misma fórmula en la CA valenciana, y la construcción de otros centros, nuevos o sustitutivos de algunos existentes, por otras CCAA (entre ellas Castilla-León, para un nuevo Hospital de Burgos; Baleares, para el nuevo hospital de Palma; y Asturias y La Rioja para un hospital de menor tamaño cada una) (25).

El desarrollo de esa fórmula tuvo especial alcance en la Comunidad de Madrid, donde, al poco de transferirse el INSALUD, se comprometieron y construyeron 8 nuevos hospitales bajo la fórmula PFI, pero dotados de personal estatutario. El desarrollo culminó en 2013 con el intento de la Comunidad, siendo Consejero de Sanidad Javier Fernández-Lasquetty, de conceder la gestión sanitaria de dichos centros a determinadas empresas privadas, no necesariamente las mismas que detentan la propiedad del edificio y gestionan sus servicios no sanitarios.

Esta posibilidad de duplicar la presencia de distintas entidades para distintos aspectos de la gestión de un mismo centro habría sumado en este caso un punto de complejidad añadida a la gestión de cada centro afectado, siguiendo un camino de privatización no sólo de la gestión sanitaria, sino también de la cobertura sanitaria de importantes grupos de población, que se pretende cubrir bajo el eufemismo de la “externalización” de la gestión. Esta evolución, que no ha encontrado límites efectivos en las normas sanitarias en vigor, y que, de haberse impuesto, amenazaba con extenderse a otras CCAA, sólo ha sido detenida por recursos planteados por grupos profesionales oponentes al proceso, algunos de naturaleza sindical y otros constituidos de manera expresa para oponerse al mismo, siendo AFEM (Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid) el más destacado de ellos.

En diferentes recursos judiciales, unos y otros pusieron en cuestión determinados aspectos concretos del desarrollo efectivo del proceso privatizador: la afectación que conlleva ese tipo de fórmulas del derecho a la protección sanitaria ejercida públicamente mediante un sistema único de protección; y la irreversibilidad, o difícil reversión, del proceso privatizador una vez se hubiera desarrollado éste de manera efectiva.

De entre esos aspectos esgrimidos para oponerse al proceso, fueron finalmente algunos de carácter formal, desarrollado de forma apresurada y administrativamente chapucera por el gobierno madrileño, los que dieron al traste con el proceso en su

conjunto, logrando su paralización provisional, pero definitiva durante la presente legislatura autonómica, a la espera de las políticas que se planteen por el siguiente gobierno autonómico, que debe surgir de las próximas elecciones de este carácter a celebrar en la primavera de 2015 (26).

2.3.3. La gestión de los centros hospitalarios "propios" del SNS.

La evolución de la gestión en los centros dependientes del antiguo INSALUD siguió, por su parte, un camino distinto.

A mediados de los años 90, y con gobierno socialista, se optó por introducir novedades en la gestión funcional de los centros en la línea de separar las funciones de financiación y provisión de los servicios sanitarios mediante un llamado “contrato-programa”. Se trata de una fórmula de gestión que ya se había utilizado en los ámbitos de otros servicios públicos (en el transporte ferroviario entre ellos), que supuestamente permitía poner en relación la financiación de los centros con el cumplimiento de objetivos de gestión fijados previamente para cada uno; lo que suponía en la práctica una orientación más próxima a la creación de mecanismos de "compra de servicios" por parte del organismo responsable de la cobertura sanitaria. El desarrollo de esa fórmula se complementó con la renuncia a introducir cambios, ni en la naturaleza de los centros ni en el diseño de los órganos de dirección de los mismos.

No cabe duda de que la aplicación del modelo del “contrato-programa”, al margen de defectos en su diseño y aplicación, tuvo efectos importantes en la mejora de los sistemas de información de la gestión de los centros públicos que entonces no estaban traspasados todavía a 10 CCAA. Tuvo también efectos positivos en potenciar la cualificación en gestión sanitaria de quienes, cualquiera que fuese su origen profesional, participaron en la aplicación del modelo. Por el contrario, su talón de Aquiles principal fue no hacer efectivos en términos presupuestarios los compromisos adquiridos para poner en relación los sucesivos presupuestos con el grado de cumplimiento de los objetivos previamente fijados, lo que supuso la eliminación de los incentivos que el modelo podía suponer para mejorar la gestión de los centros. En todo caso, su aplicación finalizó al poco tiempo de que el PSOE fuera sustituido por el PP en el gobierno de la nación.

El abandono de la aplicación peculiar del "contrato-programa" en el ámbito del INSALUD a finales de los años noventa, dio lugar a que la única alternativa que se

plantease de manera efectiva para cambiar la gestión de los centros públicos del SNS fuera la modificación de la naturaleza jurídica de los mismos. Sin embargo, esta posibilidad siguió reservada sólo para los centros de nueva creación, fueran éstos creados por las CCAA antes o después de recibir los traspasos del INSALUD o incluso, en algún caso concreto, por el propio Instituto antes de hacer el traspaso a la CA correspondiente (ocurrió así, por ejemplo, con el Hospital de Alcorcón en Madrid, bajo la fórmula de fundación).

Desde entonces los sucesivos cambios de gobierno, tanto a nivel central como después en las CCAA, han seguido teniendo como efecto en materia de gestión la realización de cambios arbitrarios en los equipos de dirección de los centros del SNS ya existentes, guiados ante todo por el criterio de afinidad política general o local con los gobiernos a los que corresponde la designación de aquéllos. Lo que no garantiza de ninguna manera el compromiso con la buena gestión de los centros por parte de quienes son designados para ejercer esas responsabilidades. Para el ejercicio de éstas tienen a su disposición en todo caso más instrumentos de los que se disponía hace unos años, de las que luego, sin embargo, no está previsto que den cuentas a nadie, una situación que se ha perpetuado hasta la actualidad.

No hay tampoco ningún instrumento previsto para garantizar la cualificación en materia de gestión sanitaria por parte de los equipos de dirección de los centros (gerentes, direcciones médicas, de enfermería o de gestión) de manera que se limite la incorporación a los mismos de personas que carezcan de ella.

Las posiciones más recientes adoptadas por supuestas asociaciones profesionales de gestores sanitarios, de las que SEDISA es el ejemplo más manifiesto, en apoyo de las medidas adoptadas en materia de gestión sanitaria en el sistema público por el partido que ahora gobierna y, en concreto, el apoyo a las concesiones administrativas sin ningún cuestionamiento de las condiciones en que fueron planteadas, son, por su parte, una demostración palpable de que la búsqueda de ventajas profesionales sobre la base de proporcionar apoyo político al partido que gobierne en cada momento rige el funcionamiento de este tipo de entidades. Éstas, como consecuencia, carecen de fiabilidad como instrumento de apoyo profesional para la mejora la gestión de los centros del SNS. Lo que exigiría la puesta en marcha de mecanismos que permitieran contar con personal que pudiera realizar de manera profesional esa labor.

2.4. Cambios del modelo de gestión en atención primaria.

Así como la organización y la gestión hospitalaria no sufrieron cambios significativos ni antes ni inmediatamente después de la Ley General de Sanidad (LGS), de 1986, no ocurrió así en el ámbito de la atención primaria.

En este terreno, una norma con rango de Real Decreto anterior a la LGS, el RD 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, cambió sustancialmente las bases sobre las que estaba construida la atención primaria en el sistema de Seguridad Social que sirvió de base para la constitución del Sistema Nacional de Salud, y que cubría ya por entonces a más del 90% de la población española.

Desde un punto de vista legal, la LGS, aprobada dos años más tarde, se limitó a recoger los contenidos más sustanciales de aquella norma anterior. Los términos de aquella reforma no fueron, en consecuencia, discutidos de la manera en que obliga a hacerlo la promulgación de una ley; pese a lo cual sus efectos se extendieron, aunque de forma muy lenta, y con distinto grado y ritmo de aplicación por las CCAA, en función de que hubieran recibido o no los traspasos sanitarios completos, incluidos los de la asistencia sanitaria. Fueron aquéllas en las que el traspaso de esta última fue más

tardío (cabe recordar que hasta 10 CCAA recibieron el traspaso del INSALUD en diciembre de 2001) en las que el proceso de reforma se extendió con mayor rapidez; por el contrario, otras, como Cataluña, que había sido la primera en recibir esos traspasos en 1981, demoraron más la reforma en los términos en que había sido aprobada, manteniendo situaciones previas a la misma en una parte significativa de sus instituciones del nivel primario hasta bien avanzado el nuevo siglo XXI, es decir, más de veinte años después de haber sido aprobada aquella reforma.

Por su parte, ésta bebió en bases ideológicas y criterios muy diferentes, algunos con escasa coherencia entre ellos: desde la conferencia de Alma Ata, de la OMS, en 1978, cuyas recomendaciones se dirigían primordialmente a países en desarrollo, hasta la creación en 1979 de una nueva especialidad, a la que se denominó “de Medicina Familiar y Comunitaria”, cuyo desarrollo inicial se produjo en el ámbito hospitalario (en concreto vinculado a la Clínica Puerta de Hierro, cuyo director Segovia de Arana, fue el impulsor y creador de la especialidad citada).

El cambio principal consistió en sustituir las consultas de los médicos de la Seguridad Social de ese nivel de atención, realizadas en los “ambulatorios” de ese sistema (de dos horas supuestas de duración, que se reducían en buena parte de los casos a una

sola, por las que percibían una retribución en función del “cupo” de pacientes adscritos a cada médico) por una dedicación de siete horas de presencia en los “centros de salud” que se fueron creando y una retribución salarial, con un porcentaje menor en función del “cupo” adscrito . Se trataba de realizar en ellos, conforme a los criterios establecidos en la propia norma de reforma, una labor “integral” no sólo de consulta a demanda, sino también de prevención y promoción de la salud de la población de la zona en la que estuviese ubicado el centro, con arreglo a “programas” (del niño, del adulto, de la madre...), de desarrollo posterior, y seguimiento en todo caso no obligatorio. Los “nuevos” profesionales deberían además realizar esta labor “en equipo”, para lo que se crearon “equipos” de atención primaria, que se constituyeron en los centros de salud a medida que éstos se iban, de funcionamiento jerarquizado y con un coordinador, nombrado entre los médicos del equipo, asistido por representantes de los estamentos administrativo y de enfermería.

La adscripción a los nuevos “equipos” y formas de trabajo y dedicación por parte de los médicos generales y pediatras “de cupo” se planteó en términos básicamente

voluntarios, permitiendo mantener las condiciones previas en muchos casos, en aspectos tales como horario fijo (de mañana) no realización de guardias, y otras, lo que contribuyó a demorar y hacer irregular el ritmo de la reforma. A los propios equipos se incorporó también personal de enfermería, para el que se previó la realización de sus propias “consultas”, sin especificar demasiado el contenido de las mismas. La baremación establecida para hacer posible la incorporación de este personal a los centros condujo a que buena parte del personal que accedió a esos puestos, en especial en sus inicios, fuera procedente del trabajo especializado de los hospitales con mayor grado de antigüedad, que pretendía evadir con ello las condiciones horarias y de dedicación más duras de su trabajo en los centros hospitalarios. El resultado ha sido la falta de homogeneidad y claridad en las funciones a desarrollar por el personal de enfermería integrado en los equipos, que resulta muy diferente de unas zonas a otras.

La vinculación de la constitución de los “equipos” a la creación de centros de salud, la mayoría de ellos de nueva construcción, convirtió en buena parte la reforma en una política “de ladrillo”, que hizo menor hincapié en los aspectos funcionales de la actividad y función a llevar a cabo por aquéllos. De hecho, el impulso reformador comparado se midió durante mucho tiempo en términos de porcentaje de antiguos

profesionales “de cupo” integrados en los nuevos “equipos” y centros de salud. Por el contrario, no ha habido en ningún momento otro instrumento sistemático de medida para verificar la eficacia de la reforma en términos de mejora de la atención, o de percepción de la misma por la población de cada zona.

Así las cosas, la Ley 11/1995, de 29 de septiembre, de la Generalitat catalana, que modificó y amplió los términos de la Ley 15/1990, citada antes, abrió aún más las posibilidades de establecer “nuevas formas de gestión” en aquel territorio. En el artículo 10 de la nueva ley, que añade una disposición adicional a la anterior, se estableció que *“las regiones sanitarias pueden establecer contratos para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, que deben estar acreditados al efecto, con entidades de base asociativa legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia, totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios, priorizando a los que están comprendidos en cualquiera de los colectivos de personal... (propio del ICS)”*.

La disposición, que venía a acabar con el monopolio práctico del ICS en el ámbito de la atención primaria, se siguió de la constitución en Cataluña de un número muy limitado de centros de salud (en la actualidad no supera los quince) que pasaron a ser gestionados de esa forma, cuyo funcionamiento en términos de resultados tanto sanitarios como económicos y de satisfacción de la población no ha sido objeto de ninguna evaluación sistemática valorable (una “Central de resultados de la AP” catalana emitió un informe en diciembre de 2012, que tampoco suponía ninguna comparación específica de los centros constituidos así con los del modelo “tradicional” (27). Hay también algunos otros informes parciales realizados por diferentes entidades en los que se comparan los resultados en términos de prescripciones farmacéuticas y remisión de pacientes al nivel hospitalario de los “equipos” constituidos de esa forma con los del modelo público tradicional (28; 29;30)). La limitación de esas evaluaciones ha llevado, en consecuencia lógica con ello, a que no se haya producido ningún intento de generalización del modelo en aquel territorio, en el que las entidades citadas continúan constituyendo una excepción, y a que, en su lugar, los actuales gestores del ICS estén planteando como estrategia hacer posible en algunos casos concretos la sustitución de las “entidades de base asociativa” gestoras de los centros por entidades netamente privadas (31), a la vez que se

fomenta la autogestión de algunos centros propios del ICS, procesos que están todavía en evolución (32).

Sin embargo, y sin atenerse a ninguna evaluación previa de esas experiencias catalanas anteriores, ni a una justificación razonable de los motivos que pudieran guiar la implantación del nuevo modelo, ni tampoco de los cálculos del número ni los criterios que hubieran podido llevar a la selección de los centros en los que se iba a desarrollar, la Comunidad de Madrid incluyó en su Plan de Sostenibilidad que presentó en noviembre de 2012 (el mismo que dio lugar al proceso privatizador de la gestión de ocho hospitales, ahora paralizado) la aplicación de un modelo similar a un total de 27 centros de salud en esta Comunidad, de oferta limitada inicialmente a los profesionales que trabajan en los centros públicos correspondientes.

Este proceso no se ha puesto en marcha de manera efectiva, afectado por la paralización del de privatización de la gestión hospitalaria como consecuencia de las resoluciones judiciales de enero de 2014. Cabe señalar en todo caso que el Gobierno

de la Comunidad de Madrid aprobó en septiembre de 2013 un Decreto *“por el que se regulan los requisitos de acreditación de las sociedades de profesionales sanitarios de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud”* que, de no haber mediado la paralización del proceso hospitalario, del que resultaba complementario, podría haber dado lugar al inicio de la aplicación de ese modelo a cuatro de los 27 centros previstos inicialmente, que no llegaron a definirse. En todo caso, la norma no se ha llegado tampoco a derogar.

También se puede destacar que, ni el anuncio efectuado en 2012, ni el posible inicio del proceso en el plazo más inmediato con la publicación de la norma citada, despertaron el mismo grado de rechazo profesional y social que generó la privatización la gestión de los hospitales, que tampoco se llegó a desarrollar. Ese menor grado de respuesta profesional y social puede quizás ser consecuencia de la menor extensión y la previsible limitación de los efectos más inmediatos de las medidas de privatización previstas en este caso, que tienen dificultades obvias para generalizarse, y más aún sin conocer los efectos económicos que podrían provocar sobre el gasto del sistema sanitario en su conjunto.

En todo caso, la decisión por parte del gobierno actual de la Comunidad de Madrid de superar cualquier obstáculo a la aplicación de las medidas de reforma en este ámbito que desee desarrollar, al margen de que cuenten o no con una justificación adecuada y

una valoración previa de las medidas a adoptar, ha quedado patente en fechas recientes, con el cese de algunos directores de centros de salud que se destacaron en este caso en la oposición al proceso privatizador.

2.5. Las propuestas de “gestión clínica” (33).

Como concepto, la idea de la “gestión clínica” surgió en distintos países a principios de los años 90 como un intento de relacionar la actividad clínica con los costes, y de implicar a los médicos en la gestión sanitaria. En sus orígenes, con ella se intentaba dar una respuesta añadida a la necesidad de reducir los costes de la asistencia sanitaria, manteniendo a la vez una adecuada calidad de la atención, con la conciencia de que la actividad de los médicos es el determinante principal de los primeros, a la vez que la base principal de los sistemas sanitarios.

El contexto del nacimiento de esta idea fue el fracaso en cuanto a contención de costes de las medidas y las “nuevas formas de gestión” que se habían adoptado en la época inmediatamente anterior en tanto se aplicasen por sí solas, y como un complemento de éstas. Su desarrollo podría traducirse en modificaciones de las formas organizativas de los centros que permitiera la superación de una excesiva rigidez en la organización de éstos por servicios y especialidades, para adaptarla a una evolución del conocimiento médico que supera esas barreras, a la vez que se podía dotar a las nuevas áreas que se creasen de diferentes grados de autonomía en la presupuestación y la gestión.

En España, se realizaron diferentes intentos de reestructuración de distintos centros conforme a esos criterios: el primero de ellos se llevó a cabo en los años 90 en el Hospital Clínico de Barcelona, que desarrolló un cambio en su modelo de gestión, reconvirtiendo sus servicios en un número menor de áreas clínicas, a las que se dio el nombre de Institutos, y a las que se dotó de un presupuesto clínico y mayor autonomía y responsabilidad en la gestión del mismo. La peculiar constitución de este hospital, de cuyo patronato formaban parte hasta cuatro entidades administrativas diferentes (el Mº de Sanidad, el de Educación, la CA catalana y la Diputación de Barcelona) hizo que su modelo no sirviera para trasladarse a otros centros.

A mediados de los años 90, cuando Galicia ya había recibido el traspaso del INSALUD, la propia CA constituyó en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña un “Área del corazón”, que se transformó después en un “Instituto del Corazón”, al que

se dotó igualmente de algunos elementos de autonomía y responsabilidad en la contratación de personal y material, que tampoco se trasladaron a otros ámbitos del propio centro. Osakidetza, el Servicio Vasco de Salud, y el Instituto Catalán de la Salud, cada uno para sus propios centros (los del antiguo INSALUD), desarrollaron también en la misma época proyectos que no llegaron a aplicarse.

Por su parte, en 1998 el INSALUD no traspasado, que gestionaba todavía la atención en 10 CCAA, desarrolló en el contexto del Contrato de Gestión que se firmó en aquel año un proyecto piloto con seis Institutos planteados como una forma de organización de determinados servicios centrada en los procesos, distinguiendo entre Unidades de Gestión Clínica y Áreas Clínico-Funcionales. Las unidades previstas, que carecían de personalidad jurídica propia y tenían sólo responsabilidades y autonomía limitadas en la gestión, utilizaron para su configuración legal una disposición contenida en un decreto de años antes, el RD 521/1987, en la que se establecía la posibilidad de crear unidades asistenciales interdisciplinarias en función de las necesidades asistenciales. A la cabeza de las mismas se situaba a un Director Clínico nombrado por libre designación entre los profesionales implicados, que actuaba como responsable de la marcha de la unidad ante el gerente del centro.

Durante el primer año de su funcionamiento los institutos creados en distintos hospitales, a partir de proyectos presentados por los propios profesionales implicados, o por los propios centros que disponían de un plan estratégico de reorganización, lograron ahorros significativos en el capítulo de compras, y también un aumento de la actividad y mejora de la eficiencia. Los resultados económicos positivos se repartieron en un porcentaje definido en incentivos a los profesionales participantes en esas experiencias. La imposibilidad de intervenir en los ingresos y concentrar el ahorro potencial tan solo en el gasto llevó, sin embargo, a que los resultados económicos favorables se fueran reduciendo en años sucesivos. La combinación de ese descenso en resultados económicos, junto con la inexistencia de un plan estructurado real de cambio en la organización, hizo que los institutos fueran decayendo progresivamente hasta desaparecer en la práctica.

Las “entidades de base asociativa” catalanas, a las que se ha hecho referencia más arriba, se pueden también considerar como una expresión de los planteamientos del concepto de “gestión clínica” en el ámbito de la atención primaria que, sin embargo como se ha indicado antes, no se han extendido tampoco más allá de esas experiencias limitadas, ni se han sometido éstas a evaluación.

Así las cosas las referencias a la “gestión clínica” en nuestro país no ha vuelto a tener más presencia pública hasta plazos muy recientes:

- en julio de 2013, los “pactos de sostenibilidad” suscritos en ese mes por el Mº de Sanidad con distintas organizaciones profesionales de los médicos, la enfermería y la farmacia (entre ellas, además de los Conejos Generales de los colegios profesionales respectivos, otras como la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME)), incluyeron la referencia al compromiso por parte del primero del desarrollo de una disposición de carácter básico que abriera la posibilidad de que los servicios de salud autonómicos pudieran constituir unidades de “gestión clínica”, dotando a éstas de grados de autonomía de gestión no precisados.

- en ese mismo mes, mediante la Disposición final quinta de la Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español determinadas Directivas europeas relacionadas con la farmacovigilancia, la prevención de la entrada de medicamentos falsificados y las garantías de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, se produjo una modificación del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud para crear la situación de “*activo en servicios de gestión clínica*”, que da lugar a la reserva de plaza. El cambio pasó inadvertido por completo para la mayoría de los observadores, sin duda como razón añadida por estar incluido de manera jurídicamente inadecuada en una disposición cuyo contenido general carecía de relación alguna con la materia motivo de esa modificación.

El hecho de que uno y otra referencias se dieran en un plazo tan cercano en el tiempo son sugestivas de que la iniciativa de retomar la idea de la gestión clínica debió partir del propio Mº sanitario, o al menos que éste hubiera recogido con alguna antelación iniciativas o propuestas previas que les pudieran haber sido presentadas por algunos de sus interlocutores en la forma de los “pactos” citados. Por su parte, a éstos se les dio una gran importancia por el Gobierno, cuyo presidente recibió a los firmantes en un acto al que se le dio gran difusión, en un momento en el que el propio gobierno se encontraba en una situación económica comprometida y con escasa iniciativa política. El nulo desarrollo posterior dado a los pactos citados y a la modificación normativa indicada durante el período de gobierno de la Ministra Ana Mato se ha seguido, por el contrario, de la renovación por el nuevo Ministro Alonso de activar la publicación de una norma sobre esa materia (34) sin que el compromiso haya permitido aclarar qué concepción más elaborada de la modificación general de la organización y la gestión

de los centros subyace a la asunción del mismo, más allá de su utilización como instrumento publicitario.

Por su parte, algunas CCAA, como la gallega y la de Castilla-León han desarrollado normas propias para implantar distintas formas de “gestión clínica” en su ámbito. Así como la norma correspondiente desarrollada en Galicia ha sido confirmada por sus tribunales regionales de justicia, la de Castilla-León fue suspendida por los propios por defectos en su tramitación (35). Las normas autonómicas deberán en todo caso atenerse a la regulación general si a ésta se le dota del carácter “básico” del que debería disponer una norma sobre esa cuestión si se quiere evitar una dispersión aún mayor de la gestión de los centros del SNS.

3. Un análisis de las posibles propuestas para la modificación de la gestión del sistema sanitario público español

La descripción de la evolución que han seguido los debates y las innovaciones que se han ido introduciendo en la gestión de los centros del SNS desde su creación permite destacar en primer lugar la confusión que ha reinado en la consideración de estas cuestiones en el ámbito del propio Sistema.

3.1. La situación en Cataluña

Que la primera iniciativa para proponer nuevas formas de gestión de los centros sanitarios tuviera lugar en Cataluña parece una consecuencia razonable de la peculiar distribución patrimonial de la propiedad de los centros que constituían en su momento la red básica de atención del INSALUD en aquel territorio. A diferencia de lo que ocurría en otras CCAA, de esa red formaban parte en una proporción mucho mayor que en cualquier otro territorio autonómico, aunque fuera mediante formas específicas de concierto, un buen número de centros de propiedad pública diferente a la del propio INSALUD, con una distribución igualmente peculiar, que en buena parte de los casos había evitado la coincidencia de centros de propiedad diferente en la mayoría de ámbitos territoriales concretos, con la excepción de Barcelona.

Esa situación dio pie a que se pudiera plantear de forma más natural una forma específica de separación de funciones de "compra" de servicios sanitarios por el organismo gestor de la cobertura sanitaria, en aquel territorio el SCS creado como titular de esa responsabilidad, y la "provisión" de los mismos por centros de propiedad diferente, a los que se trató de homogeneizar mediante la creación de dos "redes" de atención distintas, pero de propiedad pública en ambos casos. Sólo con el paso de un intervalo significativo de tiempo se les añadió a éstas una tercera red de "provisión", en este caso formada sólo por centros privados también peculiares en cuanto a su tamaño y forma de organización respecto a los existentes en la mayoría de las restantes CCAA, constituida con el nombre de Unión Catalana de Hospitales, de la que en los últimos años antes de pasar a ocupar su actual cargo público fue director el actual Consejero de Sanidad catalán.

La distribución peculiar de los centros de una y otra propiedad, concentrados por igual sólo en el caso de Barcelona, contribuyó con otros factores a que, lo mismo que ocurrió en el Reino Unido y Suecia con la creación de sus "mercados" artificiales, no se pudieran obtener beneficios en términos de mejora de la eficiencia del sistema en su conjunto derivados de una supuesta competencia entre centros. Ésta, en realidad, no se ha dado ni en el caso catalán ni en el de los dos países citados, fuera de los casos puntuales que puedan haberse producido en los lugares en que se concentran centros de dependencia diferente; y aun así con notables limitaciones, derivadas de la tradición y la experiencia previa de una distribución planificada de los pacientes entre los centros bajo un sistema universal de protección.

Por otra parte, deben ser valorados de manera específica los resultados negativos en términos de facilitar la aparición de episodios de corrupción que ha tenido lugar en el casos de los consorcios, la forma peculiar característica de Cataluña de integrar en el gobierno de los centros de propiedad municipal a las administraciones locales correspondientes junto con el Instituto Catalán de la Salud, resultados que se han puesto de manifiesto en los últimos años en distintos casos concretos. Estos efectos se pueden poner en relación con la interferencia de intereses distintos (urbanísticos; de empresas municipales dedicadas a ciertas áreas de producción) con los propios de los servicios sanitarios, que pueden ser vehiculados por las administraciones municipales que tienen competencias en otras materias (36; 37; 38; 39).

La regulación sobre una base común de las medidas dirigidas a la gestión de los centros del SNS en Cataluña y en otras CCAA, debería en todo caso partir de la

aplicación de condiciones similares a las que se hace mención más adelante, relativas a la formas “funcionales” de control de la gestión económica y sanitaria de los centros, que resulten de aplicación uniforme a cuantas entidades públicas formen parte del SNS y de los servicios de salud correspondientes. Mientras que, por el contrario, debería excluirse de la aplicación de las mismas a las entidades privadas, sea a título individual o de forma colectiva, para las que sería precisa una regulación específica de sus formas de relación (¿suplementaria?) con el SNS.

3.2. La gestión de los centros propios del SNS.

Como se ha citado antes, la Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el SNS, abrió legalmente la posibilidad de que las gestión de los centros sanitarios públicos se hiciese "*directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho*".

Como se ha señalado también, la Ley se aplicó con carácter exclusivo a la gestión de centros de nueva creación; lo que resultó igualmente limitado a un número restringido de centros, debido a las posibilidades de inversión para la creación de nuevos centros por todas las Administraciones Públicas.

El hecho de que la atención de la aplicación de la Ley se centrara principalmente en la forma en la que la aplicación de la Ley podía conducir a la privatización de la gestión del sistema condujo a distintos efectos contrarios a la mejora de la gestión pública del propio sistema y en particular de los centros “propios” del mismo:

*en primer lugar, fijó la atención, también la de aquéllos que se opusieron a sus términos y su aplicación, en las condiciones organizativas y “estructurales” de los centros, que conforme a la ley debían mantenerse en todo caso dentro del ámbito de la “naturaleza o titularidad pública”, como instrumento útil para evitar la privatización de la gestión del sistema.

Esa posición resultaba poco acorde con la realidad, dado que de muchos, si no la totalidad, de los servicios autonómicos de salud formaban parte, con sus propias formas de gestión, aunque en menor proporción que en Cataluña, centros de titularidad pública pertenecientes a distintas administraciones.

Algunos de éstos (por ejemplo, de manera global los Hospitales Clínicos, pertenecientes a las Universidades, con la excepción del de Barcelona) habían seguido un proceso de integración en el INSALUD previo a formar parte del Servicio de Salud correspondiente. En esos casos, el proceso de integración dio

lugar a que la gestión de esos centros se llevase a cabo de la misma manera que la de los centros dependientes del antiguo INSALUD. Pero ese mecanismo previo a la integración en los servicios autonómicos de salud no se dio, por el contrario, en otros casos, como el de los centros dependientes de las antiguas Diputaciones Provinciales. Éstos mantuvieron formas organizativas y mecanismos de control y “*accountability*”, incluidos los políticos, diferenciados respecto de los centros dependientes del antiguo INSALUD.

La suma de centros sometidos a diferentes formas públicas de gestión y control, a la que añadir la de centros de nueva creación con “nuevas formas” de gestión, ha llevado a que el verdadero problema de la gestión del SNS constituido de esa forma sea la imposibilidad de disponer de mecanismos homogéneos de control del sistema. Lo que no puede basarse en el establecimiento de bases “estructurales” constitutivas de los centros homogéneos (por ejemplo, constituir todos ellos como empresas públicas, fundaciones u otras), algo que ni existía ni existe en la realidad del sistema

En este sentido, la supresión de la Ley 15/1997, demandada de nuevo por algunos, no supondría ningún avance específico hacia la mejora de la gestión del SNS, ni parece que aportara por sí misma ningún valor añadido para impedir la privatización de la gestión, ni la del propio sistema.

*en segundo lugar, centrar la atención en la gestión de los centros de nueva creación, y en las formas de gestión de cada uno de ellos, llevó, por el contrario, a desentenderse de la gestión de los centros “propios” del SNS, los dependientes del antiguo INSALUD, que habían sido precisamente, y a la inversa, el objeto de la atención y las recomendaciones del informe Abril.

Es cierto que algunas recomendaciones contenidas en aquel informe en el sentido de dotar de personalidad jurídica y gestión propia a los centros del sistema público resultaban contradictorias con el diseño administrativo jerarquizado e integrado del SNS que había hecho sólo cuatro años antes de la presentación del informe, y tres de su encargo, la LGS.

Pero resulta más contradictorio aún que, tras las recomendaciones contenidas en el informe, y después de cancelarse los intentos de modificar la gestión de los centros públicos mediante el “contrato-programa”, se desviase el interés por la mejora de la gestión de los centros públicos, que siguieron siendo la mayoría, hacia las

modalidades de gestión sólo aplicables a los nuevos centros, constituidos bajo formas jurídicas diversas.

* Hay que destacar también que los mecanismos de gestión de los centros sanitarios previstos en una configuración del sistema que se mueve en el ámbito del derecho administrativo corresponden de manera exclusiva al control de legalidad que corresponde aplicar en cada ámbito principal de su gestión, sea la del personal o las relaciones con los proveedores, que son las dos áreas de gasto más importantes de los centros hospitalarios.

Es, por eso, más paradójico aún que los mecanismos que se fueron introduciendo, supuestamente para mejorar la gestión de los centros públicos “propios”, consistieran de forma cada vez más amplia en “flexibilizar” e incumplir de manera creciente las reglas administrativas establecidas en los dos ámbitos de actuación mencionados, el del personal y las relaciones con los proveedores, de lo que la proliferación de formas irregulares de contratación del personal es un buen ejemplo.

Por otra parte, de una gestión de los centros que se fue haciendo cada vez más discrecional y arbitraria conforme al criterio del gestor designado en cada caso, no se derivó en ninguno de ellos responsabilidad alguna para los gestores correspondientes, ni, en especial tras la desaparición de los mecanismos previstos inicialmente en el desarrollo del “contrato-programa”, se previó la existencia de ningún mecanismo regulado de control de la gestión de los mismos.

* A la evolución citada se le debe añadir que, desde mediados de los años 90, se fue progresivamente añadiendo al descontrol de la gestión ordinaria de los centros la creación de “fundaciones de investigación” en buena parte de ellos, al amparo de un derecho distinto al aplicable a la gestión administrativa aplicada en la gestión del resto de las actividades de los centros.

Ese instrumento ha conseguido hurtar al control presupuestario previsto para los centros del sistema público la parte de la actividad económica relacionada con esa actividad, con consecuencias sobre el funcionamiento de los centros y su propia organización muy variables de unos centros a otros, que no han sido valoradas debidamente. Entre esas consecuencias posibles se podrían incluir la modificación de hecho de las plantillas; la posibilidad de introducir sin ningún control efectivo niveles retributivos distintos y grados de dedicación a la actividad asistencial diferentes para personal que forma parte de los mismos servicios; pero

también el gasto en exploraciones y prescripciones diversas no sometido a ningún control razonado de su indicación clínica sin relación con algún proyecto de investigación.

En esa situación, mantener el mismo funcionamiento de los centros “propios” del SNS, los del antiguo INSALUD, que siguen formando la columna vertebral del SNS en la mayoría de las CCAA, encomendando su gestión a las decisiones arbitrarias de quienes ocupan formalmente los órganos de dirección de los mismos, y sin ningún control externo de su actuación ni responsabilidad alguna sobre la gestión realizada, supone constituir una situación inédita en comparación con la que se da en cualquier otro país desarrollado de nuestro entorno más próximo. Supone además renunciar a la mejora de la eficiencia global del sistema, por otra parte una necesidad imprescindible para hacer posible su sostenibilidad económica sin reducir las condiciones de la protección sanitaria.

Desde un punto de vista económico esa situación tampoco parece razonable: lo propio del sistema y los centros sanitarios es la gestión de un ámbito de conocimiento cuya actividad está relacionada con el sector de la economía productiva más potente en la actualidad, como es el de las tecnologías sanitarias, entre ellas y de manera destacada la industria farmacéutica, constituida de manera transnacional, y con enorme capacidad de influencia sobre los agentes sanitarios. Pretender afrontar con medidas y mecanismos de carácter puramente administrativo, y más aún de aplicación discrecional, la relación con esos sectores, que es el objeto de la actividad sanitaria, está abocando al SNS a su inviabilidad como sistema público de protección.

Por otra parte, esa ausencia de gestión de las instituciones “propias” del SNS, las más numerosas, las hace sujetos pasivos de decisiones arbitrarias carentes de justificación que les está haciendo perder capacidad de actuación, a la vez que se facilita el aumento de la actividad y la capacidad de facturación de instituciones privadas, a las que se está cediendo de manera deliberada la prestación por muchos servicios de salud autonómicos: las reducciones de plantillas derivadas de jubilaciones y ceses de personal con contratos temporales de distintos tipos no repuestos, o la preferencia por la instalación de nuevas tecnologías en centros privados, de lo que hay numerosos ejemplos en distintas CCAA, como la madrileña, la valenciana o la gallega entre otras, dan cuenta de ese deterioro permitido, o incluso propiciado, de los centros públicos, que resulta incompatible con una gestión adecuada de los mismos.

La única alternativa a esa situación de deterioro severo de la gestión pública sanitaria parece establecer la capacidad autónoma de gestión de los centros, dotándoles de presupuestos propios y de capacidad de gestionar el gasto con arreglo a sus propios criterios, en especial en las partidas relativas a la organización interna y el personal; hacer responsable de la misma a gestores que la lleven a cabo con criterios profesionales independientes, que tengan de dar cuenta de la gestión realizada ante los órganos de gobierno que se deben establecer en los centros; y controlar y comparar la gestión realizada en cada centro con la de otros desde los servicios de salud correspondientes.

Alcanzar una situación así desde la situación actual supone, sin embargo, en primer lugar considerar ese objetivo como aceptable por quienes tienen la responsabilidad actual de los servicios sanitarios, básicamente las CCAA. Puesto que éstas disponen de capacidad para organizar con arreglo a sus propios criterios los servicios de los que son responsables por haber asumido las competencias correspondientes, hay límites para imponer a todas ellas y de manera simultánea una forma de gestión de los centros hospitalarios homogénea en todas las CCAA.

Por otra parte, alcanzar una situación de autonomía en la gestión por parte de los centros “propios” del antiguo INSALUD que forman parte de los servicios de salud de las CCAA exige de entrada disponer de una naturaleza de cada servicio de salud que permita esa forma de gestión autónoma, que está vedada bajo formas jurídicas como la de organismo autónomo, de que estaba dotado el antiguo INSALUD pero que, por el contrario, es posible bajo otras formas, como la de ente o empresa pública, de las que han dotado a sus servicios buena parte de las CCAA.

3.3. Las formas de gestión privada de centros públicos.

3.3.1. Valoración de las formas existentes.

a) Valoraciones específicas.

Las valoraciones que se hacen a continuación tienen como base las experiencias de esta naturaleza que, a partir del Hospital de Alzira, han tenido lugar en España.

Entre los principales inconvenientes de estas formas de gestión indirecta se destacan (24):

*Mayores costes de los proyectos frente a las alternativas convencionales, por al menos dos motivos, en primer lugar los costes financieros que soportan las empresas

privadas son varios puntos superiores a los de la deuda pública, y en segundo lugar, hay que pagar los beneficios que obtienen las empresas que gestionan los centros sanitarios.

*No existe transferencia real de riesgo. Dada la imposibilidad de cerrar los centros sanitarios por la obligación de la Administración Pública de prestar atención sanitaria a la población, las empresas adjudicatarias pueden forzar la negociación en un juego de “todo o nada”, que les permita renegociar condiciones para hacer siempre rentable la concesión.

*En caso de “quiebra” del proyecto los costes de la Administración Pública serían muy altos en las operaciones de rescate. Si las condiciones contractuales iniciales han sido muy inferiores a la evolución de los costes, tal y como ha sucedido en varios ejemplos del Reino Unido, la generación de déficits en las empresas adjudicatarias terminará siendo asumida por el sector público. Se estaría ante un ejemplo de socialización de pérdidas y privatización de beneficios.

*Deterioro de la calidad. El contratista está obligado a cumplir con un plazo de entrega y un presupuesto fijo, lo cual se traduce en deficiencias en la construcción, instalaciones y mantenimiento, o en la calidad de prestación de los servicios subcontratados (las experiencias en el Reino Unido son abundantes). En el caso de las concesiones sanitarias administrativas el problema se agudiza ante la dificultad de medir la calidad de los servicios clínicos.

*Rigidez. La larga duración de los contratos (entre 15 y 30 años) es poco compatible con la flexibilidad que exige el sector, sujeto a un proceso de innovación tecnológica constante, y a potenciales cambios de población o de precios. Cualquier modificación no estipulada en el contrato, supone un incremento de coste para la Administración Pública.

*Altos costes de transacción derivados del diseño, planificación y control del contrato concesional. La Administración Pública tiene que crear y dedicar importantes recursos especializados a la gestión de las concesiones. Se critica que las evaluaciones coste beneficio realizadas en el Reino Unido, y otros países, obtienen resultados positivos al sobrevalorar el tipo de descuento de los flujos de fondos futuros y la prima por traslado de riesgos al adjudicatario.

* Opacidad del sistema, dado su carácter comercial y la existencia de mercados secundarios. Un ejemplo paradigmático es la operación de venta del grupo Ribera Salud propiedad al 50% de BANKIA y la CAM, que sigue sin producirse después de

varios meses de intentos y que introduce dosis importantes de incertidumbre sobre las concesiones sanitarias (nueve, cinco en la Comunidad Valenciana) en las que participa el grupo.

*Por otra parte, la gestión de las formulas concesionales exige altos estándares de ética pública, transparencia, rendimiento de cuentas y profesionalidad de la gestión pública. Probablemente son modelos inadecuados en contextos de deterioro del capital ético de la sociedad, desconfianza en las instituciones, auge de la corrupción, ocupación clientelar de la Administración Pública y falta de tradición en el rendimiento de cuentas, que es la situación actual de España.

Este tipo de experiencias de gestión indirecta, si bien pueden constituir un factor de innovación, deben estar sujetas a unos mecanismos de regulación y control de una extraordinaria transparencia e independencia que dificulten las posibilidades de colusión de intereses y los costes de interferencia e influencia política. En cualquier caso deben tener un carácter minoritario en relación con otros proveedores públicos o privados no lucrativos, de forma que los intereses por la rentabilidad y el beneficio no predominen en la definición de las políticas públicas.

b) Repercusiones "sistémicas" potenciales de estas formas de gestión.

Esas valoraciones específicas deben en todo caso complementarse con las de carácter más general o "sistémico":

*La experiencia concreta del Hospital de Alzira, y algunas peculiaridades diferenciales de la misma frente a las de la aplicación de la misma fórmula en otros países, permite también apuntar hacia otra repercusión de interés sobre la gestión de los servicios públicos de salud en su conjunto: en el caso del hospital citado, el contrato inicial suscrito por la consejería valenciana para la construcción del centro con la UTE de empresas mencionadas fue sustituido, poco tiempo después de su inicio y con el acuerdo de ambas partes, por un nuevo contrato. En éste, el aumento del canon anual aplicado se acompañó de la cesión al mismo conjunto de empresas de la gestión de la atención primaria de los centros del ámbito de influencia territorial del hospital citado, cuyo órgano gestor pasó así a asumir la totalidad de la protección sanitaria de la población del área correspondiente.

Esto permitió a esas empresas utilizar en su propio beneficio la gestión de la relación entre la atención primaria y la especializada de su ámbito, constituyendo en la práctica un ámbito de cobertura diferenciado específico en el seno de un servicio que antes

constituía un servicio global integrado y jerarquizado por niveles de atención, sin exclusión territorial alguna.

Esa situación podría prefigurar con ello la posibilidad de fragmentar un único servicio de salud en una suma de servicios territoriales diferenciados cuya gestión podría llevarse a cabo total o parcialmente por entidades distintas. Los posibles efectos de una situación así no han sido adecuadamente valorados por la ausencia de información clara tanto de carácter económico, como de la gestión, ni de la circulación de pacientes entre el sistema general y el de esa área diferenciada, sin cuya valoración rigurosa no es posible juzgar sobre su conveniencia, ni siquiera la viabilidad de su generalización; lo que, pese a ello, no ha sido obstáculo para su aplicación en ése y otros centros de la comunidad valenciana. Una aplicación que, en consecuencia, cabría deducir que se ha guiado principalmente por criterios de afinidad personal o empresarial del órgano político que la ha adoptado con las empresas que se han implicado en la misma.

* El intento de extensión más reciente de este tipo de fórmulas en la Comunidad de Madrid permite hacer referencia a otra cuestión de especial interés para el funcionamiento global de cualquier servicio de salud: la extensión en un mismo servicio de salud de estas fórmulas, dotadas de mecanismos de financiación mediante un canon anual por períodos prolongados de veinte o más años fijado por contrato inicial no susceptible de reducción sin costes adicionales elevados, resulta incompatible, en especial en épocas de crisis económica como la que estamos viviendo, con el mantenimiento en un presupuesto que es común de los niveles de financiación de los centros públicos del mismo servicio, que se ven así abocados a su disminución, por reducción de sus partidas principales (el personal, mediante una u otra forma de reducción de plantillas, y las compras, con el deterioro tecnológico consiguiente).

*Otro aspecto a destacar son los efectos económicos de iniciativas como la del hospital de Alzira y la de otros centros valencianos constituidos de la misma manera, sobre cuyos resultados de su gestión y la situación financiera de algunos de ellos se han generado toda clase de rumores negativos, en especial a lo largo del último año, nunca aclarados con informaciones precisas.

Sobre esta cuestión hay, sin embargo, dos datos a tener en cuenta; en primer lugar, los intercambios en el accionariado que se han ido produciendo en varios de ellos, y en concreto en el Hospital de Alzira, en el momento actual en manos de la tercera

generación de propietarios, ninguno de los cuales tiene relación (otra cosa son los gestores) con los participantes en la UTE original que inició la concesión. En segundo lugar, las afirmaciones del actual presidente valenciano de su intención de no ampliar la difusión del modelo, utilizado en la actualidad en cinco hospitales valencianos de distinto tamaño, en el mismo territorio autonómico (40).

Ambos datos son sugestivos de que los resultados económicos de la gestión realizada en cada uno de aquéllos no ha obtenido los resultados esperados por las empresas de una u otra naturaleza que participaron inicialmente de cada experiencia, ni tampoco los resultados en términos de eficiencia en la gestión invocados desde los ámbitos sanitarios públicos valencianos para su puesta en marcha.

Pese a lo cual el negocio sanitario parece mantener el atractivo suficiente para determinados inversores (la participación de algunos fondos de inversión de capital-riesgo o fondos de pensiones y otros inversores extranjeros en el capital actual de algunos de esos centros así lo sugiere), que pudieran tratar de obtener con ello los beneficios a corto plazo que suponen la garantía de que, en último término la financiación pública acudirá si es necesario al rescate de los centros, para evitar que con su quiebra se pudiera poner en peligro la protección sanitaria de grupos más o menos amplios de población (en una versión sanitaria del *“too big to fail”*), sin que por parte de aquéllos haya ningún interés ni garantía de compromiso estable con el mantenimiento del sistema de salud.

* Las condiciones de los contratos con entidades privadas que participan en la gestión de un servicio de salud ofrecen con frecuencia condiciones distintas a las de los centros públicos del mismo servicio de salud.

El mejor ejemplo de esas condiciones se dan en la Comunidad de Madrid, donde centros privados, del que la Fundación Jiménez Díaz, gestionada en la actualidad por la empresa IDC, que gestiona a la vez otros tres hospitales de menor tamaño, puede obtener ingresos adicionales significativos por la gestión concertada de las listas de espera de los hospitales públicos de la misma red. Lo que puede llevar a cabo, en competencia asimétrica con otros centros privados que no forman parte de la red pública, merced al recurso a formas flexibles de utilización y retribución de sus propias plantillas. Éstas, por el contrario, están vedadas a los hospitales públicos que integran el mismo servicio de salud, cuya capacidad se ve además disminuida por las

reducciones en sus plantillas que se están produciendo como consecuencia de las políticas aplicadas por el propio Servicio Madrileño de salud.

3.3.2. Condiciones para una nueva regulación específica de estas formas de gestión.

Ese conjunto de valoraciones, a las que hay que añadir la ausencia de ventajas añadidas en términos de mejora de la eficiencia en la gestión de los centros y del sistema a las que se ha aludido previamente, permite considerar que una nueva regulación específica dirigida a impedir o limitar la utilización específica de las formas de financiación de la construcción y la gestión de centros sanitarios incluidas en las fórmulas PFI y de concesión administrativa, que superaba ya los límites estrictos de la Ley 15/1997 sin que esa situación tuviese ninguna consecuencia, debería formar parte de cualquier nueva regulación básica que pretenda consolidar el sistema sanitario público español.

Entre las condiciones que debería incluir esa regulación se encuentran:

- Mecanismos de acreditación sanitaria de los centros que pudieran pretender acogerse a esas formas de gestión privada. De existir éstos para los centros públicos del mismo nivel, deberían ser éstos como mínimo, estableciendo en caso contrario una regulación específica:
- Mecanismos de garantía de estabilidad accionarial de las entidades privadas o uniones de empresas que pretendieran optar a la gestión privada en esos casos, exigiendo períodos de permanencia obligados en el accionariado de las mismas.
- Para el caso de las concesiones administrativas de la gestión sanitaria de hospitales ya construídos (que son, como se han intentado en Madrid, distintas del modelo Alzira, puesto que el canon pagado en este último caso incluía el de la construcción del centro, con los inconvenientes añadidos de la financiación de ésta característicos del modelo PFI) se debe plantear que el método de financiación de la concesión no pudiera ser diferente y deba ser, por el contrario, del mismo nivel, que el de los centros públicos del mismo ámbito autonómico, con las variaciones a que estuviera sometido este último.
- Especificar las condiciones de uso privado de los centros y, en relación con ello, de sometimiento del desarrollo tecnológico de los centros e implantación de nuevos

recursos tecnológicos a la aprobación del servicio de salud correspondiente, de manera que no resulte contradictorio con el desarrollo tecnológico previsto por éste.

- Aplicar condiciones de contribución a la resolución de problemas de gestión que se puedan plantear en centros públicos (listas de espera u otros) iguales a las que se puedan plantear en los centros públicos no afectados por el problema para resolver el mismo.

- Contribución a los sistemas de información de la actividad económica y sanitaria que se establezcan para los centros públicos, en igualdad de condiciones que las exigidas a estos últimos.

3.4. La gestión de la atención primaria.

3.4.1. Ausencia de alternativa general al modelo de centros de salud.

La descripción de este punto hecha en un apartado anterior permite concluir que en el momento actual, y pese al origen discutible y complejo que dio lugar al desarrollo del modelo en nuestro país, no existe en la práctica en este nivel de atención una alternativa real al modelo de centros de salud.

La posibilidad de plantear un modelo alternativo para la atención primaria basado en el ejercicio médico individual, a la manera en que se ejercía en otros países, el más característico el Reino Unido, dotado de un servicio nacional de salud, pero también existente en países como Francia o Alemania, dotados sistemas de Seguridad Social, no parece ya posible en España. La evolución en el Reino Unido hacia formas de ejercicio “en equipo” de médicos agrupados en centros (primero los *fundholdings*, hasta abocar a los *trusts* de atención primaria), con algunas semejanzas con los centros de salud españoles, pese a las diferencias importantes en cuanto a la autonomía de gestión de unos y otros, parece marcar de manera irreversible una tendencia a organizar la atención primaria de manera agregada por grupos de médicos y otro personal, especialmente de enfermería, que puede permitir la extensión de los servicios prestados en el nivel primario de atención.

Otra diferencia marcada entre los desarrollos que han tenido lugar en el Reino Unido y en España es lo que se ha calificado como “política de ladrillo”. El desarrollo de esta política ha servido para dotar de locales de propiedad pública a los “equipos” creados aquí, a diferencia de lo ocurrido en el caso del Reino Unido, donde la compra o el alquiler de locales ha servido para constituir un patrimonio propio de cada trust.

En consecuencia con ello, la propiedad pública de la mayoría de los centros de salud en España marca otro límite diferente en cuanto a la posible constitución jurídica y autonomía de gestión de los centros por los equipos de atención primaria que la que se da en el caso británico.

3.4.2. Creación de "entidades de base asociativa".

En la línea de crear “centros de salud” de propiedad pública y “equipos” de atención primaria (en muchos casos más un eufemismo que una realidad de trabajo en común), la única variante que se ha planteado hasta ahora dentro de ese modelo, de forma restringida a Cataluña, allí de forma limitada a menos de quince centros, y Madrid,

donde no se ha llegado siquiera a implantar, es la cesión de la gestión de los centros a, según la definición catalana, “*entidades de base asociativa (EBAs) legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia, totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios, priorizando a los que están comprendidos en cualquiera de los colectivos de personal*” de cada uno de los servicios de salud respectivos.

En el caso catalán, esas EBAs pueden hacer un uso discrecional, con limitaciones, de los presupuestos otorgados a cada una de ellas para prestar la atención, incluida la farmacéutica, del grupo de población adscrito al centro. Se incluye también en ese uso discrecional la contratación de otro personal, y la distribución en beneficio propio de algunas cantidades que puedan derivarse de una gestión eficiente de la prestación farmacéutica que no ponga en cuestión la calidad de la atención.

Con independencia de la evolución limitada de estas experiencias, teóricamente desarrolladas a título experimental y para ser objeto de una evaluación posterior de cara a la posible difusión de la fórmula (una evaluación que no se ha llevado a cabo en todo caso con la profundidad suficiente a esos efectos), la evolución de los “*fundholdings*” ingleses puede servir también de elemento de contraste de las mismas. En el caso de estos últimos, la configuración como “*trusts*” de atención primaria de la suma de varios “equipos” (los *fundholdings* previos) en un mismo centro ha dado finalmente lugar a su constitución como “miniempresas”, cuya gestión puede cederse a empresas externas. Entre éstas, algunas aseguradoras y empresas sanitarias extranjeras, principalmente norteamericanas, han ocupado un lugar principal, con resultados cuestionables de su gestión. En el caso catalán se ha dado también alguna tendencia por parte de diferentes entidades, entre ellas los Colegios de Médicos, a

prestar el apoyo administrativo externo preciso a las entidades asociativas mencionadas, lo que podría apuntar a una constitución “empresarial” con alguna semejanza con las inglesas.

Otra evolución posible y diferente a destacar es la integración de la atención primaria con la hospitalaria, situación que se ha dado en el Hospital de Alzira, para constituir en ese caso un sistema integral de cobertura del grupo de población asignada, al margen de la atención general del Servicio Valenciano de Salud. Un desarrollo que se podría haber reproducido en Madrid de haberse culminado el proceso de privatización de la gestión hospitalaria de los centros en los que se intentó, y si éste se hubiera complementado con la de los centros de atención primaria del área de influencia de cada uno de aquéllos. Algo que no se puede comprobar que figurase siquiera entre las intenciones originales del proyecto, dado que nunca llegó a hacerse pública la relación de los centros que se pretendía incluir en el proceso “privatizador” del nivel primario.

3.4.3. Ausencia de valoración general de los efectos del modelo de centros de salud.

No existe ninguna valoración general de los efectos de la implantación del modelo de centros de salud en los distintos territorios del Estado.

Es muy posible que esos efectos varíen de unos territorios autonómicos a otros, y también entre el ámbito urbano y el rural de una misma Comunidad Autónoma. O incluso en una misma población, en este caso principalmente en el ámbito urbano, de uno a otro centro de salud, en función de la implicación de los profesionales de cada uno.

Las opiniones de los profesionales y expertos más implicados en la valoración del modelo coinciden en todo caso en señalar que éste ha llegado en la mayoría de los casos a un nivel de estancamiento y burocratización que es necesario modificar (41). Reconocen igualmente que la aplicación del modelo a lo largo de los años no ha llegado a cambiar el prestigio y la situación de la atención primaria en el conjunto del sistema sanitario, de manera que constituya la puerta real de acceso ordinario al mismo. No ha logrado tampoco virar la distribución presupuestaria del sistema en su conjunto hacia una atención menos tecnificada y menos costosa, buena parte de cuyos problemas se podrían resolver, si tenemos en cuenta lo que ocurre en otros países, en el nivel primario de atención.

Para muchos de los problemas citados, las soluciones que se proponen son ajenas a la organización de los servicios de atención primaria (por ejemplo, la reforma de la enseñanza de la medicina, incluyendo de manera expresa la atención primaria como un área de docencia universitaria específica). En otros casos las propuestas afectan a la relación con el nivel especializado de atención (como las de quienes proponen retirar a los especialistas la capacidad de prescripción fuera del hospital, de manera que todas los consumos prescritos en el ámbito extrahospitalario debieran ser indicados por los médicos de atención primaria, aunque fuera bajo la indicación previa de los especialistas hospitalarios; o incluso la de desarrollar funciones de “compra” de servicios especializados mediante la aplicación de presupuestos capitativos administrados desde el nivel primario).

3.4.4. ¿Dotación de mayor autonomía de gestión a los centros de salud?

En lo que en todo caso hay una coincidencia general entre los expertos en esta materia y con los representantes de los médicos de este nivel de atención, agrupados en diferentes sociedades profesionales y científicas, es en que, pese a que los cambios en la organización y la gestión de los centros no son la panacea, son necesarios mayores grados de autonomía en la gestión de los centros de salud (sin precisar en general en qué ámbito y de qué forma se debería producir esa mayor “autonomía de gestión”) para lograr la mejora de la prestación de los servicios, y un mayor grado de compromiso con la calidad de la misma por parte de los profesionales de ese nivel. Pasar del nivel general de esa afirmación al de la formulación de propuestas concretas de modificación de la organización y la gestión de esos centros exige, sin embargo, algunas consideraciones previas:

a) Regulación de un marco "básico" general de actuación.

En primer lugar, que, dada la ausencia de una valoración de carácter general sobre la situación y el funcionamiento de los centros de salud en todo el territorio español, no parece indicada la formulación de propuestas de aplicación general inmediata, que podrían resultar contradictorias o inadecuadas para los centros de salud de territorios diversos, o incluso de un mismo territorio. Por el contrario, parece más adecuado establecer con carácter básico (y, por tanto, de obligado respeto por todas las CCAA) un conjunto de límites de distinto carácter que no deberían sobrepasarse en la formulación de las modificaciones organizativas y funcionales que se pudieran

plantear por diferentes CCAA, como ya lo han hecho la catalana hace casi veinte años, y la de Madrid en un plazo más reciente, para establecer márgenes de autonomía de gestión de los centros de salud.

b) Mantenimiento en el ámbito público.

En segundo lugar, que las alternativas que pudieran plantearse por las CCAA para introducir mecanismos de autonomía de gestión en los centros deberían mantenerse de manera expresa, y con carácter básico, dentro de los límites y formas de gestión posibles en el ámbito de la “*naturaleza y titularidad pública*” prevista de manera expresa en la Ley 15/1997, a la que se ha hecho referencia en el caso de las instituciones hospitalarias.

Deberían quedar excluidas así fórmulas como las que se han desarrollado en Cataluña, a las que se ha hecho referencia previamente, y las previstas también, pero no puestas en marcha, en la Comunidad de Madrid. Unas y otras, referidas como “*entidades de base asociativa*” se han constituido, o pretendido constituir, con personalidad jurídica propia y naturaleza privada.

Las supuestas ventajas de introducir la gestión privada en el ámbito público no se han demostrado de manera fehaciente en ninguna de las experiencias que se han llevado a cabo en otros países, ni tampoco, pues no han sido objeto de ninguna evaluación sistemática, en el nuestro.

Partiendo de bases organizativas muy diferentes a las españolas, la modificación en el Reino Unido de la organización de la atención primaria que comenzó con los “*fundholdings*”, introduciendo grados de privatización cada vez mayores, hasta culminar en los “CCGs” de atención primaria actuales, y la extensión de las sucesivas formas de organización y gestión adoptadas hasta alcanzar a la totalidad de los centros y grupos de la totalidad del territorio inglés, se caracterizó desde un principio por llevarse a cabo sin ninguna evaluación de los resultados que se iban obteniendo de las primeras experiencias, a medida que éstas se iban desarrollando. Como han señalado distintos analistas, un desarrollo así apunta de manera cierta a que los cambios se llevaron a cabo por razones ideológicas o doctrinales concretas, que partieron de la base, sin ninguna prueba, de las ventajas en términos de supuesta eficiencia de la gestión privada sobre la pública también en este ámbito, y cuya

finalidad real es, como se indicado en el caso de los hospitales, facilitar la penetración de los intereses privados en este área de “negocio”.

En el caso de las EBAs catalanas, por otra parte “congeladas” en un núcleo muy restringido de centros y grupos, esas razones resultan menos evidentes, y no parece muy razonable pensar que con las mismas se trató de beneficiar a grupos concretos de médicos de ese nivel de atención, limitando el beneficio de manera arbitraria a ellos solos. La ausencia de cualquier evaluación en profundidad de los resultados obtenidos en términos de eficiencia, gasto, calidad de la atención o satisfacción de la población, permite, sin embargo, preguntarse qué se pretendió con la habilitación, y luego la decisión concreta, de facilitar la constitución y el funcionamiento de esos grupos, e incluso si éstos se debieron a decisiones personales de determinados responsables del sistema sanitario catalán, no compartidas ni seguidas por quienes les sucedieron en esas responsabilidades. Todo ello no ha evitado que se haya puesto en cuestión recientemente por los gestores del ICS, como se ha indicado previamente, la continuidad de los actuales concesionarios de las EBAS, en el contexto de un concurso para su renovación (31; 32).

En el caso de la Comunidad de Madrid, la simultaneidad del intento de creación de esos equipos o EBAs con el intento (frustrado) de privatizar (“externalizar”) la gestión sanitaria de determinados hospitales, permite, como en el caso británico, apuntar a razones de carácter ideológico, y sin evidencia alguna a la que acogerse, para el planteamiento de esas medidas.

En conjunto, no hay ninguna evidencia de que los resultados de la introducción de la gestión privatizada de esa manera hayan aportado globalmente ventajas adicionales a los sistemas sanitarios en los que se han implantado en cualquiera de los parámetros mencionados; aunque sí pueden haber proporcionado un mayor grado de satisfacción (y de su nivel de ingresos) a una parte del personal sanitario, principalmente los médicos, que se han integrado en casos concretos en esas nuevas modalidades organizativas y de gestión de ese nivel primario de atención. Por el contrario, en el caso del Reino Unido han contribuido de manera cierta a desagregar un sistema que se caracterizaba por su funcionamiento universal e integrado, unas condiciones que parecen haber desaparecido del horizonte de ese mismo sistema, que resulta irreconocible en cuanto al mantenimiento de esas condiciones previas.

Esas razones parecen suficientes como para considerar que en el caso español deberían de entrada excluirse las innovaciones de la gestión de ese nivel de atención

que supongan de una u otra manera la cesión de la misma a entidades de una u otra naturaleza, incluidas las que suponen la cesión de la misma a entidades constituidas por profesionales del sistema, que se acojan en su constitución jurídica al derecho privado.

c) Condiciones para una nueva regulación específica de formas de autogestión en Atención Primaria (AP).

Por el contrario, la experiencia del escaso respeto mantenido en el caso de los hospitales para con la disposición citada de la Ley 15/1997, que excluye las modalidades de gestión de naturaleza no pública, (una falta de respeto que no se puede aducir que se haya producido en el caso de las “entidades de base asociativa” catalanas, que se constituyeron antes de la ley 15/1997, al amparo de una norma propia de aquella CA casi dos años anterior a esta última), sugiere que, para el caso de la atención primaria, una disposición limitativa de carácter básico en el sentido indicado debería acompañarse de otras condiciones concretas para evitar que alguna CA pudiera pretender saltar por encima de la disposición general. Un salto que podría tratar de justificarse acogiéndose a las facultades de autoorganización de sus propios servicios por las CCAA, o al desarrollo “experimental” de un número limitado de experiencias concretas.

Esas limitaciones deberían ser similares a las que se proponen en el caso de las instituciones hospitalarias que pretendieran pese a todo acogerse a “nuevas formas de gestión” de naturaleza privada. Entre ellas se deberían incluir: a) la imposibilidad de llevar a cabo intercambios accionariales respecto a los titulares iniciales en caso de constituirse; b) mecanismos de autonomía de gestión financiera y un nivel de financiación no diferentes de los establecidos para las entidades públicas del mismo nivel de atención mediante los presupuestos correspondientes para unos y otros ; c) sometimiento a unos niveles de dotación tecnológica y para la prestación de servicios complementarios no incluidos en la cartera de servicios de los centros de salud públicos, similares a los de éstos; d) una contribución a los sistemas de información de la actividad económica y sanitaria similares a los de los centros públicos; e) prohibición expresa de establecer relaciones de integración con centros hospitalarios privados, o de poner en marcha mecanismos o acuerdos de “compra” preferente de servicios con hospitales privados o públicos para prestar atención bajo la cobertura pública.

Los objetivos principales del establecimiento de esas condiciones son dos: en primer lugar, excluir de manera expresa todas aquellas actuaciones que pudieran llevar por una u otra vía a la fragmentación del SNS en sistemas de protección independientes e internamente integrados, a semejanza de lo que ha ocurrido en el caso del Hospital de Alzira. En segundo lugar, evitar que en el ámbito de un mismo y único sistema público de salud puedan convivir formas privadas y públicas de organización y gestión, con ventajas para las primeras en el caso de establecer relaciones de competencia por la captación de pacientes, o mecanismos y niveles privilegiados de financiación, que pueden dar al traste con la universalidad y la equidad de la prestación.

En cuanto a la existencia limitada de “entidades de base asociativa” en Cataluña, dado el carácter “experimental” de las mismas y su desarrollo temporal, que alcanza ya un número significativo de años (casi veinte en los primeros constituidos de esa forma), debería preverse su valoración en un plazo más o menos inmediato, para considerar la posibilidad de generalizar a todos los centros del Sistema los mecanismos de incentivos que hubieran podido dar lugar a mejoras en la gestión de los centros. De no ser esto posible, deberían cancelarse las mencionadas experiencias en un plazo asimismo establecido que tuviera en todo casos en cuenta las condiciones contractuales con las que se estableció su existencia.

d) Ámbitos de desarrollo posibles de la autogestión pública en Atención Primaria.

Un planteamiento positivo de la posibilidad de dotar de mayor autonomía a la gestión a los centros de salud en el ámbito público debe incluir necesariamente la definición de las áreas en que podrían promoverse márgenes más amplios de autonomía en la gestión de los centros de salud:

-La primera de ellas es la de la gestión del personal.

Entre la mayoría de quienes proponen mayores grados de autonomía en este campo hay un acuerdo general de partida en que la definición de las plazas como plazas “en propiedad”, y con otras condiciones específicas en la forma de definir y cubrir las plantillas, que asemeja a las plazas de este nivel de atención con la condición funcional, carece de semejanza alguna con la de los médicos generales en cualquier otro país desarrollado. En la mayoría de éstos, los médicos generales o del nivel primario de atención, incluso en el caso de los servicios nacionales de salud, tenían, y

en muchos casos sigue teniendo, la condición de médicos de ejercicio libre, que contratan una parte, aunque sea la principal, de su labor, con el servicio público, bajo condiciones contractuales específicas. Esta diferencia, como se explica de manera más amplia en el apartado siguiente, relativo al personal, afecta de manera muy específica al personal de este nivel de atención en España. Por otra parte, la misma constituye una dificultad añadida que dificulta con la misma especificidad la mejora de la gestión de este nivel de atención.

En ese apartado se propone sustituir hacia el futuro la relación “estatutaria” por una forma de relación laboral específica, que facilitaría la contratación del personal según necesidades, evitando las definiciones administrativas de plantillas y, junto con ello, la proliferación de las formas irregulares y arbitrarias de contratación (nombramientos eventuales, interinos, por horas o días, etc.) que se han extendido ampliamente y afectan (y perjudican) de manera preferente al personal de titulación más reciente.

Dotar de autonomía en la gestión del personal a los centros, supondría en este caso hacer posible la contratación del personal por éstos, bajo las formas contractuales que deben definirse, y ateniéndose a una dotación presupuestaria al efecto para cada centro de salud, bajo la supervisión y el control de los órganos centrales de cada servicio de salud, que dotarían además de soporte administrativo la gestión autónoma de esta parte de la gestión de cada centro.

- La segunda gran área susceptible de un grado mayor de gestión autónoma por los centros de salud podría ser la de la organización horaria del funcionamiento de los centros, que pudiera adaptarse a las características peculiares de su zona de influencia.
- Una tercera área de actuación posible para ampliar la gestión autónoma de los centros sería la de ampliar con medios propios y dotación presupuestaria al afecto los ámbitos de actuación de cada uno, de manera que pudieran contribuir a evitar la necesidad de derivar los pacientes con diferentes patologías al nivel de atención especializada.

De la misma manera cabría atribuir mayores grados de autonomía en la gestión de las urgencias de la población que tuviera concertada la atención con los centros autónomos, de manera que evitase su acceso espontáneo o su derivación habitual a los servicios de urgencias hospitalarias.

- Un elemento específico de mejora añadido, que sería susceptible de modificación, es el escaso desarrollo de la enfermería de los centros de salud como instrumento de prestación de servicios a domicilio, una forma de intervención especialmente

adecuada para una evolución de las patologías dominantes hacia la cronicidad. Sería adecuado introducir la mejora de esos servicios como una oferta expresa de los equipos que quisieran adquirir mayores grados de autonomía en su gestión

- Por el contrario, y pese a que se trata de un ámbito en el que se ha cedido capacidad de gestión autónoma a las EBAs constituidas en Cataluña, la gestión de la prestación farmacéutica no parece un ámbito adecuado para dar mayor autonomía en la gestión de la misma, y menos en términos de constituir un presupuesto global para cada centro, a partir de cuyos “ahorros” podrían establecerse incentivos de carácter económico para el personal que gestionase de manera autónoma ese nivel de atención. Puesto que la valoración de los efectos producidos por una actuación en términos como los señalados en el caso de la EBAs catalanas no se ha llegado a realizar de manera adecuada, no hay criterios objetivos que permitan soportar con un cierto grado de firmeza la sospecha de que esa forma de incentivación pudiera dar lugar a insuficiencias o sesgos inadecuados en la prestación farmacéutica de los grupos de población atendidos con grados de autonomía como los indicados en la gestión de la misma. Frente a esa carencia de valoraciones fiables, sí existen evidencias suficientes de la capacidad de influencia de la industria farmacéutica, mediante mecanismos diferentes, sobre la actividad prescriptora de los médicos, una cuestión a la que se hace referencia en el último capítulo de este informe. La cantidad y calidad de esos mecanismos de influencia posibles hacen que el intento de contrarrestar la misma mediante procedimientos dirigidos a actuar sobre grupos concretos de médicos para orientar en sentido adecuado, tanto en términos de calidad como de coste, su actividad prescriptora, parezca menos fiable que las medidas de carácter general que se podrían desarrollar, a las que se hace referencia en el capítulo citado.

e) Variabilidad y carácter experimental de las experiencias a desarrollar y los incentivos a aplicar.

La adquisición de mayores grados de autonomía en la gestión por los “equipos” que optaran por integrarse en ese régimen en cualquier territorio autonómico debería tener carácter experimental y valorable en sus fases iniciales. Los grados de autonomía y las materias incluidas en cada caso no tendrían por qué ser iguales en todos los territorios, aunque, con objeto de hacer posible la extensión de la gestión autónoma de unas u otras funciones, deberían ser objeto de valoración periódica común.

Los incentivos establecidos en cada caso para acogerse a la gestión autónoma podrían ser también variables en unos y otros casos, incluyendo o no los efectos sobre los niveles retributivos del personal sanitario, que, en todo caso, no deben ser los únicos ni los principales. Aunque el objetivo principal de las experiencias que pudieran plantearse no debe ser en ningún caso un ahorro de costes inmediato (cabe suponer que los efectos económicos a medio y largo plazo de cambios sustantivos en la capacidad de resolución de los problemas sanitarios por el nivel primario de atención serían positivos también en esos términos, pero se trata de una cuestión sometida a la influencia de muchos otros factores), los incentivos que se utilicen deben garantizar de entrada que tampoco se produce un aumento de costes inmediato, que es incompatible con la situación económica actual.

3.5. Reorientación de los planteamientos de “gestión clínica” desarrollados hasta ahora.

A la vista de la evolución de los servicios sanitarios, la idea de implicar a los médicos de manera más amplia en la gestión de los costes del sistema sanitario, de los que son determinantes muy importantes, a la vez que en la calidad de los servicios, parece necesaria y razonable. Las formas de concretar en términos organizativos de autonomía y a la vez control de su implicación en la gestión de unos y otra está, sin embargo, todavía lejos de alcanzarse, tanto en España como en otros países.

Los pasos dados más recientemente en España para retomar esa idea, a los que se ha hecho referencia en un apartado anterior, sugieren, sin embargo, que el Ministerio de Sanidad que los ha puesto en marcha en los términos políticos y legales mencionados (esto último sólo con la creación de una situación de “*activo en servicios de gestión clínica*” de la que se deducen determinadas ventajas para el que la detente) carece de una concepción precisa de lo que se pretende desarrollar acogiéndose a la idea de base. Por el contrario, es en los detalles del desarrollo de la idea mencionada, que ya tuvieron alguna concreción, siquiera a título experimental, en el pasado del SNS, y en especial en el balance entre autonomía y control, donde se juegan los resultados de la aplicación de la propia idea de “gestión clínica”.

Por otra parte, el desarrollo que parecen pretender patrocinar algunos protagonistas de los pactos con el Mº de Sanidad ya mencionados en función de sus propios intereses,

de manera singular desde la FACME, parece estar centrado ante todo en la generación de ámbitos de presupuestación y gestión independientes de las de los centros en que pudieran asentarse las unidades o institutos de gestión clínica que se creasen, cedidos a grupos de profesionales de los propios centros que se hicieran cargo de las mismas, abriendo la posibilidad de convertir su gestión en un área de negocio público-privado de quienes los dirigieran, independiente del servicio público general.

De desarrollarse en esa línea, supondría además romper con los criterios de gestión común eficiente de cualquier hospital; de cuyos efectos perniciosos hay alguna experiencia en determinados hospitales gallegos donde se realizaron hace más de quince años intentos similares para gestionar de manera independiente y como empresas al margen de la gestión general de los hospitales en que se asentaban ciertos servicios caracterizados por el uso de altas tecnologías (MEDTEC).

Replantear ahora intentos como éstos no parece explicable a no ser que sea guiado por intereses ajenos a los de la mejora de la eficiencia de la gestión del sistema sanitario en su conjunto:

- de una parte, facilitar los intereses privados de determinados grupos de profesionales cercanos al poder actual que puedan convertir en negocio propio su ámbito de actuación en el sistema público general (algo que ya ha ocurrido en la Comunidad de Madrid con la concesión de determinados servicios centralizados, como los laboratorios, a determinadas entidades privadas propiedad de profesionales con actividad en el sistema público).

- de otra, contribuir y facilitar con ello de manera indirecta los intereses de las aseguradoras privadas por penetrar en la gestión del SNS y, puesto que el buen funcionamiento de los centros hospitalarios de mayor tamaño constituye la amenaza más importante para esos intereses, y la gestión de esos centros por las aseguradoras no parece que sea factible con un nivel de beneficios adecuados para ellas, la opción de romper la gestión de los grandes hospitales en unidades de gestión independiente sería una vía a considerar. Una vía que podría dar pie a seleccionar las que pudieran resultar de interés para esos intereses privados, permitiendo por el contrario el deterioro de aquéllas que carezcan de ese interés, o que pudieran competir con ventajas con los servicios ofrecidos por los centros de gestión privatizada.,

Es por esas razones por las que, desde el punto de vista de quienes defiendan el mantenimiento del servicio público sanitario en condiciones de eficiencia y

universalidad, se debe evitar o tratar de combatir cualquier regulación de estas opciones que se plantee en términos como los indicados y, por el contrario, establecer, en su caso, una regulación de carácter general y básico que, manteniendo los centros sanitarios como únicas entidades con capacidad de disponer de entidad jurídica propia, permita el mantenimiento integrado de los centros del SNS, y que a la vez impida el desarrollo de opciones como las indicadas similares en cualquier territorio, centro o servicio del SNS.

4. Propuestas.

- 1) Establecer mediante una nueva norma de carácter básico, para garantizar su aplicabilidad a la totalidad del SNS, que la gestión pública de los centros del SNS, con independencia de cuál sea su titularidad, debe estar sometida a unas mismas formas de control presupuestario y de la gestión, constituyendo para ello un sistema unificado de información.
- 2) Promover mediante norma básica una modificación de la situación y naturaleza de los centros que son propiedad del antiguo INSALUD, para dotarlos de un régimen jurídico que permita su gestión económica y presupuestaria independiente, de la que deban dar cuenta a los órganos correspondientes de los servicios de salud respectivos. Además, dotar a esos centros de órganos de gobierno en los que participen representantes de la población designados o elegidos al azar del censo de población del área de salud en que se encuentren asentados, a los que deberán también dar cuenta periódica de su gestión, y de una Junta Asistencial colegiada y deliberante.
- 3) Excluir en la misma norma cualquier fórmula de gestión de naturaleza no pública que suponga la utilización de fórmulas de financiación, *presupuestación* y control de la gestión diferentes a las aplicadas en los centros públicos que formen parte del SNS.
- 4) Establecer en la misma norma, y con el mismo carácter básico, condiciones para aquellas experiencias excepcionales de gestión privada que se pretendan llevar a cabo por alguna CA, que deberán ser siempre minoritarias respecto a la estructura de gestión pública de cada servicio de salud, sometidas a su valoración periódica y que,

en su caso, deberán acogerse a los mecanismos de rescate previstos en la propuesta siguiente. Entre esas condiciones se deben incluir las siguientes:

- 4.1) Sometimiento a mecanismos de acreditación sanitaria de los centros que pudieran pretender acogerse a esas formas de gestión privada. De existir éstos para los centros públicos del mismo nivel, deberían ser éstos como mínimo, estableciendo en caso contrario una regulación específica.
 - 4.2) Sometimiento de los intercambios accionariales de las entidades privadas o uniones de empresas que pretendieran optar a la gestión privada en esos casos a control y autorización de las autoridades sanitarias, además de las reguladoras de los mercados de valores.
 - 4.3) Para el caso de las concesiones administrativas de la gestión sanitaria de hospitales ya construidos, que el método de financiación de la concesión no pueda ser diferente y deba ser, por el contrario, del mismo nivel, que el de los centros públicos del mismo ámbito autonómico, con las variaciones a que estuviera sometido este último.
 - 4.4) Especificar las condiciones de uso privado de los centros y, en relación con ello, de sometimiento del desarrollo tecnológico de los centros e implantación de nuevos recursos tecnológicos a la aprobación del servicio de salud correspondiente, de manera que no resulte contradictorio con el desarrollo tecnológico previsto por éste.
 - 4.5) Contribuir a los sistemas de información de la gestión económica y sanitaria que se establezcan para los centros públicos, en igualdad de condiciones que las exigidas a estos últimos.
- 5) Prever en la misma norma mecanismos de intervención de los centros que permitan la recuperación de la gestión pública en aquéllos en los que se hayan implantado fórmulas de gestión privada y, en los casos en que esa reversión no sea posible, la modificación de las condiciones contractuales en vigor.
- 6) En el ámbito de la atención primaria, abrir legalmente la posibilidad de constituir por las CCAA formas de gestión autónoma de los centros de salud en el ámbito público, excluyendo en la misma norma que se puedan constituir formas de gestión de naturaleza privada, y restringir, para aquellos casos en que se pudieran constituir con carácter experimental y restringido algunas formas de esa naturaleza, a entidades de

base asociativa de personal sanitario, excluyendo de manera expresa la posibilidad de encomendar la gestión a entidades privadas con finalidad lucrativa.

7) Fijar el carácter voluntario de esas nuevas experiencias de gestión autónoma y la posibilidad de acogerse a la libre elección por la población de su atención por los centros gestionados así en tanto se puedan valorar los resultados de su gestión, y plantear en su caso, y de resultados de esas evaluaciones, la generalización de esas formas de gestión de la atención primaria.

8) Especificar en la norma correspondiente las áreas de actuación en las que cabría plantear la autonomía de gestión de los centros de salud, sea en el ámbito público o por entidades de base asociativa e incluir entre ellas: la gestión del personal; la organización horaria del funcionamiento de los centros, que pudiera adaptarse a las características peculiares de su zona de influencia; la ampliación, con medios propios y dotación presupuestaria al afecto, de los ámbitos de actuación de cada centro, de manera que pudieran contribuir a evitar la necesidad de derivar los pacientes con diferentes patologías al nivel de atención especializada; la gestión de las urgencias de la población que tuviera concertada la atención con los centros autónomos; el desarrollo de la enfermería como instrumento de prestación de servicios en la comunidad a domicilio. Por el contrario, excluir de las posibilidades de gestión autónoma la prestación farmacéutica de la población adscrita a los centros.

9) Establecer con carácter general un límite económico para los incentivos que se puedan establecer para constituir formas autónomas de gestión de los centros de salud, especificando que la adscripción a las mismas no podrá suponer aumento de presupuesto ni de gasto por parte de los centros de salud que se acojan a esas nuevas fórmulas de gestión.

10) Elaborar una regulación general y básica de la “gestión clínica” que permita a los centros estructurarse, en su caso, como unidades de gestión y/o áreas clínicas, modificar la organización actual por servicios, y transformar el modelo gerencial de carácter jerárquico vertical en vigor en un modelo horizontal y participativo. En todo caso, la norma debe prever el mantenimiento de los centros sanitarios como únicas entidades con capacidad de disponer de entidad jurídica propia, de manera que eso permita el mantenimiento integrado de los centros del SNS.

5. Bibliografía del capítulo.

- 1.-Pollit C. *Managerialism and the Public Service: the Anglo-American Experience*. Oxford- Cambridge: Basil-Blackwell, 1990. Hay edición española: *El gerencialismo y los servicios públicos. La experiencia anglo-norteamericana*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1993.
- 2.-Glennester H, Matsaganis M; Owens P, Hancocks S. *GP Funholding: wild card or winning hand?*. Cap. 4 en: Robinson R. Le Grand J (eds.). *The National Health Service Reforms*. London: King's Fund Institute. Policy Journals, 1994.
- 3.-Smee CH. *Self-governing Trusts and GP-Fundholders: the British experience*. Cap. 4 en: Robinson R. Le Grand J (eds.). *The National Health Service Reforms*. London: King's Fund Institute. Policy Journals, 1994.
- 4.-Saltman RB, von Otter C. *Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Buckingham: Open University Press, 1992. Hay edición española: *Mercados planificados y competencia pública. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios de los países del Norte de Europa*. Barcelona: SG Editores, 1994.
- 5.-Le Grand J, Mays N, Mulligan JA. *Learning from the NHS Internal Market. A review of the evidence*. London: King's Fund, 1998.
- 6.-Pollock AM. *NHS plc. The privatization of our health care*. London: Verso, 2004.
- 7.-National Audit Office. *The financial sustainability of NHS bodies*. London: National Audit Office, 2014. Accesible en: <http://www.nao.org.uk/report/financial-sustainability-nhs-bodies-2/> .
- 8.-House of Commons Committee of Public Accounts. *The financial sustainability of NHS bodies*. London: The Stationery Office, 3 February 2015. Accesible en: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201415/cmselect/cmpubacc/736/736.pdf>
- 9.-Francis R. *The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. London: The Stationery Office, 2013. Accesible en: <http://www.midstaffpublicinquiry.com/report> .
- 10.-Carter P, Jarman B. *Who knew what, and when, at Mid Staffs?*. BMJ 2013;346:f726. Accesible en: <http://www.ajustnhs.com/wp-content/uploads/2012/06/Jarman-m-staffs-BMJ-Feb-8-2013.pdf> .

- 11.-Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. *PFI in the NHS—is there an economic case?*. *BMJ* 1999;319:116. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/319/7202/116> .
- 12.-Pollock AM, Shaoul J, Vickers N. *Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?*. *BMJ*, 2002; 324: 1205-1209.
- 13.-Pollock AM, Price D, Liebe M. *Private finance initiatives during NHS austerity*. *BMJ* 2011; 342: d324. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d324> .
- 14.- Pollock AM. *How PFI is crippling the NHS*. *The Guardian*, July 29 2012: Accesible en: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2012/jun/29/pfi-crippling-nhs> .
- 15.-Pollock AM, Price D. *PFI and the National Health Service in England*. University of London June 2013. Accesible en: http://www.allysonpollock.com/wp-content/uploads/2013/09/AP_2013_Pollock_PFI_Lewisham.pdf .
- 16.- Prieto Orzanco A, Arbelo López de Letona A, Mengual García E. *El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2006. Accesible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/el-papel-de-la-financiacion-publico-privada-de-los-servicios-sanitarios> .
- 17.- Montaner R. *La Comisión Europea cuestiona la rentabilidad del modelo Alzira*. *Diario Levante*, 22 marzo 2014. Accesible en: <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2014/03/22/comision-europea-cuestiona-rentabilidad-modelo/1092509.html> .
- 18.- EU Expert Panel on effective ways of investing in health. *Health and Economic Analysis for an Evaluation of the PublicPrivate Partnerships in Health Care Delivery across Europe*. Brussels, 27 February 2014. Accesible en: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/003_assessmentstudyppp_en.pdf .
- 19.- McKee M, Edwards N, Atun R. *Public-private partnerships for hospitals*. *Bull World Health Organ*. 2006; 84(11): 890-896. Accesible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-030015.pdf> .
- 20.- Pollock A. *Public-private partnerships and the Private Finance Initiative*. *Bull World Health Organ*. 2007 Nov; 85(11): A. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636251/> .

- 21.- Rey del Castillo J. *Formas de descentralización sanitaria en España*. En: *Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y Análisis del caso español*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. p. 75-87. Accesible en: <http://www.easp.es/project/descentralizacion-de-los-servicios-sanitarios/> .
- 22.- Martín JJ. *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Documento de Trabajo 14/2003. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2003. Accesible en: <http://www.falternativas.org/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/nuevas-formulas-de-gestion-en-las-organizaciones-sanitarias> .
- 23.- Rey del Castillo J. *Políticas sanitarias en España: Pasado, presente y futuro del sistema sanitario español*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, marzo 2010. pp. 289-334; 454-474. Accesible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37066> .
- 24.- Martín Martín JJ. *Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios*. Madrid: UNED- Escuela Nacional de Sanidad, 2013. Accesible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500622/n5.4_formas_directas_e_indirectas_de_gesti_n.pdf .
- 25.- Sánchez Bayle M. *La privatización de la asistencia sanitaria*. Documento de Trabajo 182/2014. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2014. Accesible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-privatizacion-de-la-asistencia-sanitaria-en-espana> .
- 26.- Rey del Castillo J. *Algunas reflexiones (rogando disculpas si resultan excesivas) sobre la paralización de la privatización sanitaria en Madrid*. Acta Sanitaria, 29 enero 2014. Accesible en: <http://www.actasanitaria.com/algunas-reflexiones-rogando-disculpas-si-resultan-excesivas-sobre-la-paralizacion-de-la-privatizacion-sanitaria-en-madrid/> .
- 27.- *Resultados AP 2012*. Barcelona: Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa, 2012. <http://www.aceba.cat/es/resultados-de-las-eba/resultados-ap-2012.htm>.

- 28.-** *Avaluació del models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya.* Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2007. Accesible en: <http://www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf> .
- 29.-** *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya Ampliació de l'estudi amb el nou model de provisió del Consorci Castelldefels Agents de Salut (CASAP).* Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2007. Accesible en: http://www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/introducciocasap_02.pdf .
- 30.-** *Avaluació de la reforma de l'Atenció Primària i de la diversificació de la provisió de serveis.* Barcelona: Fundació Avedis Donabedian, 2001. Accesible en: http://www.eapsardenya.cat/docs/Fundacio%20Avedis_Resum_Exec.pdf .
- 31.-** Fernández C. *El Cat Salut mantiene sus concursos de gestión de AP.* Diario Médico, martes 16 diciembre 2014. Accesible en: http://quiosco.diariomedico.orbyt.es/epaper/epaper.asp?tpu=DIARIOMEDICO&pub=16_12_2014&edi=DIARIOMEDICO .
- 32.-** Fernández C. *El CatSalut decide incorporar el criterio de la experiencia a los concursos de gestión de AP. La adjudicación del CatSalut queda suspendido al estimarse la alegación.* Diario Médico, 10 febrero 2015. Accesible en: http://quiosco.diariomedico.orbyt.es/epaper/epaper.asp?tpu=DIARIOMEDICO&pub=10_02_2015&edi=DIARIOMEDICO .
- 33.-** Gálvez Zaloña R. *El rol de la Dirección Asistencial en el contexto de las Unidades de Gestión Clínica.* Madrid: UNED- Escuela Nacional de Sanidad, 2013. Accesible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500965/n13.10_El_rol_de_la_Direccion_asistencial.pdf .
- 34.-** *El ministro de Sanidad se compromete con los profesionales a regular la gestión clínica vía Real Decreto con carácter de urgencia.* 13 de marzo de 2015. Accesible en: http://www.colmeza.com/index.php?option=com_content&view=article&id=4129:el-ministro-de-sanidad-se-compromete-con-los-profesionales-a-regular-la-gestion-clinica-via-real-decreto-con-caracter-de-urgencia&catid=44:noticias&Itemid=50 .

- 35.-** *EL Tribunal de Justicia de Castilla y León anula las unidades de gestión de la Comunidad.* Acta Sanitaria, 7 mayo 2014. Accesible en:
<http://www.actasanitaria.com/el-tribunal-de-justicia-de-castilla-y-leon-anula-las-unidades-de-gestion-de-la-comunidad/> .
- 36.-** Güell O, Castedo A. *La acumulación de escándalos agita la sanidad pública catalana.* El País, 11 junio 2012. Accesible en :
http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/06/10/catalunya/1339355699_069772.html .
- 37.-** Ríos P. *Antifraude denuncia que el modelo sanitario catalán facilita la corrupción.* El País, 23 julio 2013. Accesible en:
http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/07/22/catalunya/1374490928_609183.html .
- 38.-** Fachín AD. *ERC: la marca blanca de la corrupción sanitaria.* El diario.es, 3 marzo 2014. Accesible en:
http://www.eldiario.es/catalunya/opinions/ERC-marca-blanca-corrupcion-sanitaria_6_234886532.html .
- 39.-** Güell O. *Hacienda constata que las donaciones al Sant Pau no se destinan al hospital.* El País, 26 septiembre 2014. Accesible en:
http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/09/25/catalunya/1411682055_805027.html .
- 40.-** San Juan H, Useros V. *Fabra aparca el 'modelo Alzira' para evitar una 'marea blanca'.* El Mundo, 7 marzo 2014. Accesible en:
<http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2014/03/07/5318e7abca4741ee238b457d.html> .
- 41.-** Simó J. *Todas las entrevistas sobre APS en un único documento.* Domingo 23 noviembre 2014. Accesible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2014/11/todas-las-entrevistas-sobre-aps-en-un.html>

Capítulo 5. La situación y la gestión del personal en el Sistema Sanitario Español

Índice

1. Descripción de la situación y regulación del personal sanitario a nivel internacional.....	247
1.1. El desarrollo de las profesiones sanitarias y sus organizaciones en otros países.....	247
1.2. Las profesiones sanitarias y los servicios públicos de salud.....	248
1.3. El desempeño de cargos de gestión en los servicios público de otros países.....	250
1.4. Evolución de las profesiones sanitarias en otros países.	252
1.5. Tendencias en la evolución más actual de las condiciones laborales y contractuales de las profesiones sanitarias, en especial de los médicos, en otros países.....	256
1.5.1. La desaparición del ejercicio individual como base de la actividad profesional.	256
a) Organizaciones de profesionales agrupados.....	257
b) Laboralización del ejercicio profesional.....	257
c) Capacidad de las organizaciones profesionales para modular las reformas que les afectan.....	258
1.5.2. Cambios centrados en la profesión médica.....	259
1.5.3. Formas de buscar la integración de los médicos en al gestión de los servicios sanitarios.....	261
a) Mutuas de servicios públicos.....	261
b) Gestión clínica.....	262
1.5.4. Formas retributivas de los médicos en otros países.....	262
1.5.5. Regulación de las relaciones contractuales de los médicos en otros aspectos.....	264
a) Simultaneidad de la actividad pública y ejercicio privado.....	264
b) Relaciones con los proveedores (industria farmacéutica).....	265
2. Situación y regulación del personal en el sistema sanitario español.	265

2.1. La regulación de las condiciones del personal del SNS en la LGS de sanidad y otras normas posteriores.	265
2.1.1. El régimen jurídico del personal del SNS.....	266
2.1.2. La gestión central y autonómica del personal estatutario del antiguo INSALUD.....	269
a) Los mecanismos de contratación "nueva" del antiguo INSALUD.	269
b) La gestión del personal con plaza "en propiedad".....	272
2.2. La organización de las profesiones sanitarias en la Ley 44/2003.....	275
2.3. La organización corporativa de las profesiones sanitarias.	279
3. Análisis de las posibles propuestas a formular para la modificación de las políticas de personal en el SNS.....	283
3.1. Posibles modificaciones de las políticas de personal en los centros del SNS.	284
3.1.1. Ámbito de aplicación de las propuestas.....	284
3.1.2. Efectos de la definición de la relación estatutaria como "funcionarial".	286
a) Plazas "en propiedad".....	286
b) Mecanismos de provisión de plazas.	288
c) Uniformidad de normas de aplicación a distintas categorías profesionales.....	290
d) Acceso a la dirección y gestión de las instituciones sanitarias.....	292
3.2. La "ordenación" de las profesiones sanitarias.....	294
3.2.1. Tendencias generales.....	294
a) Las profesiones sanitarias como garantía de ámbitos restringidos de actuación y reserva de puestos de trabajo.	294
b) La representación corporativa como instrumento de legitimación de las políticas sanitarias.	295
3.2.2. Desarrollo de la organización corporativa de las profesiones sanitarias.....	296
a) Origen y situación actual de las organizaciones corporativas sanitarias más importantes.	296
b) Perspectivas de futuro de las organizaciones corporativas sanitarias.....	300
4. Propuestas.	303
5. Bibliografía del capítulo.....	305

1. Descripción de la situación y regulación del personal sanitario a nivel internacional.

1.1. El desarrollo de las profesiones sanitarias y sus organizaciones en otros países.

Por “profesión” se entiende un conjunto de personas que disponen de la preparación y los conocimientos necesarios, de los que carece el resto de la población, para ejercer un empleo, facultad u oficio, por el que percibe una retribución (1).

De las profesiones sanitarias, la más antigua reconocida como tal es la médica, que, de ser desempeñada sobre bases especulativas basadas en la experiencia transmitida y el uso de medios naturales, con frecuencia relacionadas con principios filosóficos o creencias religiosas, pasó a lo largo de los dos últimos siglos a dotarse de una base científica que ha ido progresando desde entonces, en especial en las últimas décadas, sobre la base de la incorporación de conceptos y técnicas procedentes de otros ámbitos del conocimiento científico .

Esa evolución hacia la dotación de bases científicas para el ejercicio de la profesión médica dio lugar, de una parte, a la inclusión de su enseñanza en el seno de las universidades para regular el acceso a los conocimientos propios de la profesión; y, de manera posterior, a la creación de mecanismos de autorregulación de ésta para ejercer la misma con garantías frente al conjunto de la población. Este último desarrollo dio pie a la creación de organizaciones profesionales de distinta denominación (órdenes médicas; colegios; asociaciones) pero función similar, que se fue extendiendo a la práctica totalidad de los países desarrollados (2). La función principal de estos “colegios” y asociaciones profesionales, de manera especial en los países anglosajones, pasó a ser, como en otras profesiones “tituladas”, la evaluación previa de las habilidades y la capacidad de aplicación de los conocimientos necesarios para ejercer la profesión, y la reevaluación periódica de esas capacidades y conocimientos por parte de los profesionales ejercientes (3; 4). La justificación de esta última labor, no exenta de polémica (5; 6), se ha ido acentuando a medida que la evolución de los conocimientos científicos se ha hecho cada vez más rápida.

La institucionalización de estas funciones ha dado lugar en la mayoría de los países a que desde los poderes públicos se deleguen las mismas en las organizaciones nacionales respectivas, y a que en la mayoría de esos países la inscripción en las organizaciones profesionales correspondientes sea requisito imprescindible para ejercer la profesión médica en cada uno. Esa inscripción, más allá de la disponibilidad del título académico expedido por universidades reconocidas en cada caso, requiere en buena parte de ellos la realización de una evaluación teórico-práctica previa por las organizaciones profesionales respectivas.

Otras profesiones sanitarias, como la farmacéutica, de desarrollo temporalmente más próximo al de la médica; lo mismo que otras, como la enfermería, de desarrollo independiente un poco más tardío, a partir de su concepción inicial como “auxiliar” de la profesión médica y un desarrollo teórico y académico posterior, u otras que se han ido desarrollando y segregando a su vez a partir de esta última, han seguido todas ellas vías de desarrollo y organización profesional similares, incluso aunque sus niveles de titulación sean distintos o éstos hayan evolucionado a lo largo del tiempo.

En todo caso, la función que ha venido centrando habitualmente el funcionamiento de las organizaciones profesionales en todos los países es la de contribuir a garantizar el cumplimiento de los requisitos de acceso y de desempeño adecuado del ejercicio profesional en cada país.

1.2. Las profesiones sanitarias y los servicios públicos de salud.

La creación e institucionalización de las profesiones sanitarias, y la atribución de las funciones descritas a sus organizaciones, especialmente en el caso de aquéllas como la médica o la farmacéutica, de desarrollo temporal más antiguo, es más de un siglo anterior a la creación de los servicios públicos de salud, que tuvo lugar fundamentalmente a finales de la década de los 40 del siglo pasado, en el período inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial.

Durante ese largo período las organizaciones de unas y otras profesiones sanitarias, en particular la médica y la farmacéutica, se fueron consolidando como paladines del único ejercicio profesional que se daba en aquel período, que era el ejercicio individual, al que se consagró así de hecho por esas organizaciones como el “único” ejercicio compatible con la “esencia” de aquéllas. Esa posición fue, por el contrario,

más matizada en el caso de otras profesiones sanitarias, como la enfermería, cuyo ejercicio estaba vinculado en buena parte (caso, por ejemplo, de los hospitales) a otras formas “colectivas” de ejercer su profesión. En consecuencia con ello, estas otras profesiones asumieron desde el principio formas contractuales de relación con las entidades responsables de los centros sanitarios en que desempeñaban su trabajo en esencia similares a las existentes en otros ámbitos del trabajo por cuenta ajena.

En esas condiciones, la primera cuestión a destacar es que la creación de los servicios públicos de salud de cobertura universal o casi universal en la mayoría de los países desarrollados en el período indicado, entre los que constituyó una excepción casi única los Estados Unidos, no respondió en ninguno de ellos a las propuestas o demandas de los profesionales sanitarios, en especial los médicos, ni a las de sus representaciones corporativas respectivas. Por el contrario, la creación de esos servicios, que formó parte de la creación de los Estados de Bienestar correspondientes en la mayoría de aquéllos, coincidió con un período de expansión del poder y de la representación política de las clases trabajadoras, y fue vehiculada en todos ellos por partidos socialdemócratas o de naturaleza similar (7).

Como consecuencia de esas posiciones diferentes, las respuestas de las organizaciones profesionales, en especial de las médicas, en todos los países en los que esos servicios se crearon, fueron igualmente similares y de rechazo inicial en todos ellos, por considerar que su creación atentaba contra la esencia de la libre relación profesional con el paciente, que, conforme a esos criterios, constituía la base del ejercicio profesional. La solución dada a esa oposición de partida, imprescindible para incorporar a los nuevos servicios creados a los médicos de manera que hiciesen posible su funcionamiento, se basó en todos los países en el establecimiento de importantes incentivos económicos para vencer las resistencias (“*les tapamos la boca con dinero*”, según palabras literales del ministro laborista Aneurin Bevan, creador del NHS británico en 1947), y la definición de formas específicas de relación contractual, en especial para los médicos, adaptadas a las modalidades específicas de su ejercicio profesional en el ámbito del servicio público de salud correspondiente; unas formas de contratación específica que fueron especialmente necesarias en casos, como el del NHS británico, en los que el personal pasó a ser “propio” (aunque no “funcionario”) del NHS (8)¹.

¹ Lo llamativo del caso es que, en ese proceso de transformación, la actitud de los médicos británicos, que cuando nació el NHS se opusieron inicialmente a su creación, ha pasado a ser de sentido contrario,

La regulación de esas modalidades contractuales específicas no fue, por el contrario, precisa en los sistemas bismarckianos, carentes en general de centros propios, en muchos de los cuales se establecieron relaciones entre las cajas aseguradoras responsables de los servicios sanitarios y las organizaciones profesionales para fijar las tarifas a aplicar por los profesionales en su ejercicio, que siguieron y siguen en muchos casos realizando de forma individual (salvo los que trabajan en centros cerrados de diferente propiedad que contratan como tales centros la atención con las cajas de seguro) o, como se describe más adelante, en grupos de profesionales asociados más amplios.

El denominador común de esas formas contractuales específicas cuando se establecieron, incluidas en todo caso en el ámbito laboral (no hay ningún país en el que la relación contractual del personal médico, y menos aún el de otras profesiones sanitarias, con los servicios públicos de salud tenga una naturaleza funcionarial o similar), permite además la diferenciación de las modalidades de la relación en el ámbito de la atención primaria y la hospitalaria, así como sistemas retributivos diferentes en uno y otro caso.

1.3. El ejercicio de la gestión en los servicios públicos de salud en otros países.

Otra consecuencia de que el origen de los servicios públicos de salud resultase ajeno a las profesiones sanitarias más caracterizadas es que la gestión de los servicios públicos correspondientes, en especial en el nivel hospitalario, se ha mantenido en un terreno ajeno a todas ellas, reservando el mismo a profesionales de diferentes titulaciones que, por caminos específicos más o menos formalizados en cada país, obtienen una cualificación específica en ese terreno, de la que los profesionales sanitarios en general carecen en función de sus propias titulaciones, procesos formativos y competencias.

La vinculación contractual en estos casos varía de unos a otros países, y oscila desde los sistemas contractuales específicos, más característicos de los países anglosajones, a, como ocurre en Francia, en el que la propiedad de los centros es de otras

quizás por haber sentido y comprendido que, como Morone observaba hace tiempo (9), “*la gran ironía histórica es que la autonomía profesional puede estar más segura en un sistema sanitario estatalizado que bajo sistemas más privatizados o de mercado. El Estado, al que los médicos americanos han resistido durante tanto tiempo, es precisamente el amortiguador entre la autonomía profesional y las fuerzas de mercado que la subordinan*”.

administraciones públicas, locales, provinciales o de otra naturaleza, formas más cercanas a la funcional, después de un proceso de formación específico seguido en escuelas públicas de administración sanitaria.

El ejercicio de la “gestión” de los servicios sanitarios como instrumento principal de la mejora de la eficiencia de los mismos frente a los costes crecientes de los propios servicios sanitarios, tendencia que es común a todos los países, dio lugar en los años 80 y 90 del siglo pasado, principalmente en los países anglosajones, a la corriente denominada “gerencialismo” (10). Ésta tuvo una de sus expresiones más peculiares en la contratación por las instituciones sanitarias del Reino Unido de gestores procedentes de otros sectores económicos. La limitación de los resultados obtenidos, incluso en términos económicos, por esa vía, provocó su disolución en la práctica por otras iniciativas posteriores. En todo caso, en ese país ese modelo constituyó un peldaño inicial en un camino que ha conducido a la desnaturalización de las características públicas del NHS británico (ver capítulo anterior), que, durante mucho tiempo desde su creación, fue el paradigma y modelo de los “servicios nacionales de salud”.

Las limitaciones de esa experiencia no impiden, sin embargo, considerar que la mejora de la eficiencia de los sistemas sanitarios públicos mediante la mejora de la gestión pública de los mismos, y no su privatización, constituye un elemento imprescindible de su sostenibilidad en términos sanitarios, sociales y económicos. Lo que, sin embargo, depende no sólo ni tanto de las condiciones personales de quienes la llevan a cabo, como también de las condiciones de organización de los servicios correspondientes que permitan llevar a cabo su gestión, y del conocimiento por parte de quienes la lleven a cabo de las especificidades estructurales, legales y económicas del sistema sanitario concreto en que deban desarrollarla. Por su parte, el concepto de la gestión sanitaria ha evolucionado hacia la consideración de que ésta consiste principalmente en integrar los efectos económicos y sanitarios de la actividad individual de los profesionales agrupados en cada centro, organizados conforme a patrones que van cambiando, y que precisan en todo caso de una dirección común.

De cualquier forma, y como resultado del valor económico creciente de los servicios sanitarios, esto ha llevado en todos los países desarrollados a que la gestión de los centros, en particular de los hospitales, se confíe en todos ellos a personas con capacidad y experiencia específicas acreditadas por distintos procedimientos para llevarla a cabo, sometidas además a sistemas contractuales y mecanismos de control

de su gestión que permiten evaluar la misma y renovar o no su responsabilidad en función de los resultados obtenidos. No hay ningún país desarrollado en el que el cambio de los gestores de los centros sanitarios se haga por criterios arbitrarios o directamente políticos ajenos a la evaluación los resultados obtenidos en la gestión realizada, ni se confíe a personas que carezcan de cualquier cualificación al respecto. Por el contrario, el ejercicio de la gestión sanitaria se ha convertido de hecho de una u otra forma en todos ellos en una nueva “profesión” con sus propias especificidades, ajena a las titulaciones sanitarias más tradicionales, y surgida al calor de la creciente complejidad e importancia económica del sector sanitario (11).

Por otra parte, esa misma importancia económica de los servicios sanitarios ha llevado a que, en especial en los países en los que la atención sanitaria es fundamentalmente privada, como los Estados Unidos, el nivel retributivo de los gestores sanitarios tienda a situarse en un nivel similar al de los gestores de otros sectores productivos o financieros (12; 13), por encima incluso del nivel retributivo medio de los profesionales sanitarios, en particular el de los médicos (14), situado a su vez por encima del promedio del de otros grupos profesionales. Aunque el nivel alcanzado por los gestores sanitarios en sistemas de gestión pública nunca alcanza niveles tan elevados (lo que pudo contribuir a actuar en sentido contrario a intentos "gerencialistas" como el que se ha citado más arriba), el nivel establecido puede actuar también en algunos casos como incentivo para intentar vincular la gestión sanitaria a determinadas profesiones del propio sector, principalmente la médica y la enfermería; sin embargo, esa situación no se ha consolidado en ningún país.

1.4. Evolución de las profesiones sanitarias en otros países.

Otro aspecto a destacar es que, no existiendo en la posición de partida de las distintas profesiones sanitarias ámbitos de coincidencia sustantiva entre las actividades y funciones a desarrollar por cada una de ellas, ni tampoco entre las cualificaciones necesarias para ejercer cada una, el propio desarrollo de las técnicas y los servicios sanitarios ha ido produciendo de hecho solapamientos y coincidencias progresivas entre los ámbitos de competencia de algunas de las profesiones inicialmente definidas. En todo caso la definición de esos ámbitos de competencia de cada profesión en otros países no se ha hecho normalmente nunca de manera excluyente en términos legales en ninguno de ellos, sino mediante una aplicación razonable de los desarrollos que van teniendo lugar en el seno del propio ejercicio profesional cotidiano, que obtiene

de hecho un refrendo o reconocimiento progresivo, no necesariamente legal, aunque pueda concretarse en la generación de titulaciones distintas en un plazo posterior.

Las razones de esa evolución obedecen a razones distintas:

En las profesiones que se desarrollan en el ámbito clínico, esa evolución ha afectado de manera significativa a las profesiones sanitarias consideradas, como la enfermería en sus momentos iniciales, como “auxiliares” del ejercicio médico, que constituye en sí mismo el ámbito de actividad profesional característico de los servicios sanitarios.

En este terreno se han ido produciendo dos movimientos principales:

En primer lugar, la diferenciación progresiva de profesiones sanitarias diversas, con distinto nivel de titulación, para el desempeño de funciones cada vez más específicas a partir de un tronco común inicial, concebido como “auxiliar” del ejercicio médico. Esa diferenciación se puede producir bien por razones de especificidad de las técnicas a utilizar (así la fisioterapia; o la generación más reciente de “técnicos” de laboratorio, radiología, anatomía patológica u otras especialidades) o por las funciones, órganos, aparatos o sistemas que concentran su ámbito característico de actividad (como la odontología, separada actualmente del ejercicio médico en todos los países; la podología; los higienistas dentales, los nutricionistas, u otras muchas titulaciones). La propia enfermería ha sufrido en la mayoría de los países un proceso de decantación en niveles distintos de capacitación y titulación.

En segundo lugar, y por razones netamente económicas y de reducción y eficiencia de los costes de personal, que son una parte principal del coste y el gasto de los servicios sanitarios, hay una tendencia cada vez más manifiesta a ir delegando en sectores específicos de otras profesiones funciones que venían siendo hasta hace poco propias de los profesionales de mayor nivel de titulación, en especial de los médicos. Esa tendencia alcanza incluso el ámbito del diagnóstico y el de ciertas prescripciones terapéuticas más básicas, competencias que pueden delegarse en alguna de esas profesiones “auxiliares”, en especial en el personal de enfermería (y a su vez de éste en otras nuevas categorías de personal, como los “técnicos” citados antes) (15; 16). Las razones de esa evolución hay que buscarlas en los menores costes de formación y retribución de los grupos de personal en los que recaen esas “nuevas” funciones, y no está exenta de contradicciones y resistencias por parte de sectores médicos en su desarrollo (17), que todavía es incipiente pero, por razones económicas, probablemente inexorable.

Cuando esa nueva atribución de funciones no supone, como ocurre en el caso de los “técnicos”, la creación de nuevas titulaciones, tal atribución no suele afectar al conjunto de una profesión como tal, sino a grupos determinados de la misma según su ámbito de actuación específico (es el caso de la delegación de ciertas pruebas diagnósticas y de prescripción terapéutica básica por ciertos grupos específicos de personal de enfermería. Una delegación que, en el caso de la prescripción limitada de sólo ciertos productos farmacéuticos, sólo en nuestro país se ha pretendido extender al conjunto de la profesión de enfermería, e incluso convertirla en una actuación no delegada sino “propia” de ésta, en sentido contrario a los desarrollos comparables que se han producido en los restantes países en que se ha promovido).

En determinadas profesiones sanitarias cuyo ejercicio profesional característico era tradicionalmente ajeno al ámbito clínico, como era el caso el caso de la profesión farmacéutica, los cambios producidos en la elaboración de los productos farmacéuticos en el sentido de la mecanización de la producción y la distribución de los mismos, que era hasta hace poco tiempo el ámbito de actuación propio de la mayoría de los profesionales de esta titulación en las oficinas de farmacia, ha abierto en algunos países un nuevo campo de actuación para éstos que, bajo la denominación de “atención farmacéutica”, promueve la participación de dichos profesionales en la indicación y el seguimiento de la utilización de los medicamentos por los pacientes (18). Esa nueva función, que se pretende justificar desde las organizaciones y sectores profesionales farmacéuticos por las supuestas mejoras que la participación de este “nuevo” agente sanitario puede producir en el consumo de los medicamentos, que son en todas partes un componente muy importante del gasto sanitario, encierra también en todo caso un componente de defensa de puestos de trabajo en un ámbito que ha venido constituyendo hasta hace poco la expresión más característica del ejercicio profesional farmacéutico.

Las razones de interés corporativo y económico son aún más evidentes en casos como el de los protésicos dentales, que, sin haber obtenido un reconocimiento legal al efecto en ningún país hasta ahora, pretenden extender su ámbito de actuación en algunos países a la indicación al paciente y la colocación en boca del material y las prótesis que fabrican, fabricación que ha venido siendo hasta ahora su ámbito propio de actuación profesional.

Por otra parte, la incorporación al ámbito de los servicios sanitarios de conocimientos y técnicas procedentes de otros ámbitos del conocimiento científico ha conllevado la incorporación a los servicios de profesionales procedentes de otras áreas, en ocasiones para realizar actividades y funciones coincidentes con una parte de las que desarrollan profesionales sanitarios de una u otra titulación (es el caso de muchos laboratorios en campos como la química o, más recientemente, la genética) y en otros casos actividades específicas, relacionadas con la física, la ingeniería o la computación, para las que se requieren cualificaciones propias y específicas de cada una de ellas.

En la mayoría de los países no hay ninguna regulación expresa que restrinja el trabajo en los servicios sanitarios al reconocimiento de una profesión como "sanitaria", ni se establecen mecanismos de contratación diferentes para distintas profesiones de un mismo nivel de titulación. Lo que se restringe de hecho en todo caso es el ejercicio en el ámbito clínico por los profesionales que carezcan de cualificación adecuada en su proceso formativo y de titulación para actuar directamente sobre los pacientes, y la contratación de personal que carezca de la titulación y el reconocimiento corporativo sanitario correspondiente para desempeñar puestos de trabajo que conlleven esa clase de actuación.

Por último, la evolución de los cuadros clínicos más frecuentes hacia la pluripatología y la cronicidad, todo ello en el marco del envejecimiento al que tienden las poblaciones de todos los países desarrollados, está llevando, por su parte, a que se planteen como formas más adecuadas de atención a esos grupos de población aquéllas que, conforme a las necesidades de éstos, en la frontera entre la atención médica y la social, dan prioridad al "cuidado" sobre la atención médica intensiva. Esa evolución está dando lugar a que tienda a ampliarse la oferta de servicios domiciliarios y de internamiento en centros en los que el papel principal, conforme a su propia denominación ("*nursinghomes*" en los países anglosajones) (19), corresponde a profesiones sanitarias distintas de la médica, en particular la enfermería. El interés de estos desarrollos, del que cabe derivar una tendencia progresiva a su ampliación, es que pueden contribuir de manera significativa a la reducción de los costes sanitarios, cuyo nivel y ritmo de crecimiento principal deriva de la incorporación intensiva y con escaso control de sus efectos de la innovación tecnológica más reciente.

1.5. Tendencias en la evolución más actual de las condiciones laborales y contractuales de las profesiones sanitarias y en especial de los médicos.

La base principal de los servicios sanitarios es, como se ha indicado, la actividad profesional de los médicos, para la que reciben el apoyo de otras profesiones sanitarias que, en ese ámbito específico, tienen principalmente un papel “auxiliar” de la primera.

Por otra parte, el papel de los médicos en las funciones diagnóstica, terapéutica y en la indicación y prescripción de pruebas y tratamientos de distinta clase y nivel, que constituye la esencia de esta profesión, es el determinante principal de los costes sanitarios.

Como consecuencia de todo ello, las modificaciones que se han ido produciendo en las condiciones contractuales y retributivas en los sistemas sanitarios, tanto en el ámbito público como en el privado de la mayoría de los países, han tenido como sujeto principal y específico a los médicos. Por el contrario, unas y otras condiciones no han sufrido variaciones significativas en el ámbito de otras profesiones sanitarias, manteniéndose con escasas especificidades en el terreno de la contratación laboral propia de cada país.

Por su parte, el desarrollo científico y tecnológico y la especialización que se deriva de ellos ha conducido a que el ejercicio profesional individual, también el de los médicos, sea cada vez más difícil, si no imposible, y a que haya una clara tendencia a integrar el ejercicio profesional individual, tanto en el ámbito privado como en el público, en organizaciones más amplias:

1.5.1. Tendencia a la desaparición del ejercicio profesional individual.

En el caso de los Estados Unidos, que entre los países desarrollados constituye la mejor expresión del intento de mantener el ejercicio privado individual como la base principal de su organización sanitaria, los resultados de esa tendencia necesaria a la integración profesional han derivado en dos clases de procesos distintos que, más allá de los cambios que se están produciendo en los sistemas de cobertura sanitaria privada, afectan a la forma de organización de la atención prestada, que se contrata con las aseguradoras públicas, como Medicare, o privadas (éstas, más de 4.000 en

aquel país, la base sobre la que se mantiene la cobertura sanitaria de la mayor parte de su población).

Esas tres clases de procesos son los siguientes:

a) Organizaciones de profesionales agrupados.

Por una parte, la conformación de grupos de profesionales, buena parte de ellos organizados y dirigidos por personas ajenas a la profesión médica, que reúnen a un número más amplio de éstos de distintas especialidades, organizados de manera jerarquizada para prestar atención a grupos más amplios de población, que conciertan con las aseguradoras.

En el apartado siguiente se hace referencia a las *Accountable Care Organizations* (ACOS) como expresión de esas formas de organización.

b) Laboralización del ejercicio profesional

Por otra, un proceso neto de laboralización de grupos cada vez más amplios de médicos, que son directamente contratados por los hospitales de distinta propiedad existentes en los Estados Unidos. Esta situación contractual como trabajadores por cuenta ajena afecta en la actualidad hasta a un 13% de los médicos norteamericanos. (20; 21; 22; 23).

Se ha observado que este último proceso en particular, que resta a los médicos su poder de negociación de los precios que les son pagados por las aseguradoras privadas (o por Medicare), para trasladar ese poder a los hospitales que les contratan, no ha reducido, sino al revés, los precios pagados por las mismas aseguradoras privadas a los hospitales (24; 25; 26; 27; 28; 29). Lo mismo ocurre con los grupos profesionales de mayor tamaño (30). Lo que parece demostrar que las economías de escala que se podrían derivar de los procesos de laboralización como el indicado, o de la conformación de grupos profesionales de mayor tamaño, tienen efectos económicos limitados en términos de mejora de la eficiencia y que, por el contrario, pueden suponer una amenaza contra la competencia en un sistema sanitario de organización tan compleja como la estadounidense.

Los efectos de una y otra clase de procesos derivan además en una reducción neta de los ingresos de los médicos, lo que explica que buena parte de éstos sigan pretendiendo mantener sus formas de ejercicio profesional individual o en grupos

reducidos de manera preferente mientras otras condiciones no les obliguen a abandonarlo (31; 32).

c) Capacidad de las organizaciones profesionales para modular las reformas que les afectan.

Por otra parte, la capacidad de las organizaciones profesionales norteamericanas para modular cualquier reforma que se pretenda aplicar en los servicios sanitarios que pueda tener repercusión sobre la capacidad adquisitiva de los médicos en aquel país ha quedado también reflejada en otras actuaciones paralelas a la reforma Obama: siendo un objetivo complementario imprescindible de ésta la reducción del gasto público, la Asociación Médica Americana (AMA) y otras organizaciones profesionales vienen influyendo de manera importante para evitar la reducción de las tarifas a aplicar a los profesionales en su actividad para Medicare, que son fijadas por el Congreso.

Desde 1997, éste, ante el incremento creciente del gasto sanitario que se viene produciendo allí, acordó establecer un procedimiento de actuación, conocido como *Sustainable Growth Rate* (SGR) para asegurar que el incremento anual del gasto por beneficiario de Medicare no superase el crecimiento económico en términos de PIB. En desarrollo del mecanismo fijado, el Centro para los Servicios de *Medicare* y *Medicaid* (CMS) envía cada año al Congreso un informe con los resultados de gasto de esos sistemas del año anterior y las previsiones para el año siguiente. El envío incluye un factor de corrección para determinar los niveles de pago establecido cada año para los médicos, con efectos reductores del mismo si el gasto ha superado el objetivo indicado, o de incremento si se ha respetado.

Desde 2003 el factor de corrección debería haber provocado una reducción neta de los pagos a efectuar a los médicos, pero esas previsiones no han sido nunca aplicadas realmente por decisión del propio Congreso tomada cada año. Una decisión que, adoptada bajo la presión de las organizaciones profesionales médicas sobre los legisladores a través de sus “lobbies”, y la amenaza más o menos explícita de no atender a los pacientes de Medicare si se aplica la reducción, se volvió a repetir en marzo de 2014, a la espera de encontrar una fórmula que sustituya a la anterior y permita evitar unos recortes que, por efecto de la acumulación de los mismos no hechos, debería haber sido ese año de hasta el 24% (45; 46). El problema amenaza

con repetirse una vez más este año, para lo que se están proponiendo nuevas vías distintas de solución (47; 48).

1.5.2. Cambios centrados en la profesión médica.

Una observación complementaria de la anterior es que todas las reformas sanitarias que se han pretendido llevar a cabo en los servicios sanitarios han tenido como sujeto principal la actividad profesional de los médicos: si tomamos como ejemplo los Estados Unidos, tanto la reforma frustrada del presidente Clinton en los años 90, como la más recientemente aprobada del presidente Obama, han derivado en propuestas organizativas y de control que afectan principal, si no exclusivamente, al ejercicio profesional de los médicos:

-ocurrió así después de la primera de esas reformas. En este caso, una vez fracasado el intento de reforma legal, basado en todo caso finalmente (tras rechazar por el camino la propuesta de una única aseguradora pública, opción conocida como “*single payer*”) en el reforzamiento del papel de las aseguradoras privadas, estas mismas dieron lugar a la constitución de nuevas formas de organización de algunas de ellas, conocidas como *Health Maintenance Organizations* (HMOs) o *Preferred Provider Organizations* (PPOs) para poner en práctica lo que en términos anglosajones se conoce como “*managed care*” (traducido al castellano como “*atención gestionada*”). En lo que respecta a los médicos, esa forma de organización, que persiste y se ha llegado a aplicar en el ámbito de Medicare, se traduce en una limitación controlada de los cuadros médicos habilitados para actuar para la propia aseguradora, y en una delimitación estricta de los procedimientos y medios diagnósticos y terapéuticos a utilizar por los mismos en cada caso, con el objetivo supuesto de proporcionar la atención clínicamente justificada (valoración en todo caso hecha por la HMO, y no por los médicos) con reducción simultánea de los costes.

- En el caso de la reforma sanitaria más reciente que logró aprobar el presidente Obama, la misma se centró igualmente en los mecanismos aseguradores para ampliar la cobertura sanitaria al más del 15% de la población, más de 50 millones de personas, que carecía de cualquier clase de ella, fuera pública (a través de Medicare, Medicaid o la organización para los veteranos de guerra, Veterans Administration (VA)) o privada. La preocupación por la calidad y la justificación de la atención prestada, así como el control del crecimiento del gasto sanitario han sido, sin embargo, dos objetivos complementarios imprescindibles de la reforma aseguradora efectuada. Para

lograr su consecución se han promovido distintas formas de organización de la atención sanitaria centradas en mayor o menor grado en alguno de esos dos objetivos de manera simultánea.

Entre esas formas de organización se encuentran las denominadas *Accountable Care Organizations* (ACOs), que se definen como una forma de organización de la atención cuyo objetivo es proporcionar la totalidad de la atención sanitaria de un grupo determinado de población, y rendir cuentas a la población atendida y al “tercero pagador” (las aseguradoras; Medicare) de los costes en que se ha incurrido y la calidad de la atención prestada (33; 34; 35; 36; 37; 38).

Las formas de ACOs pueden ser muy variables: desde grandes cadenas o redes de atención sanitaria, a organizaciones integradas de hospitales y médicos individuales, grupos de especialistas organizados propietarios o no de hospitales, redes virtuales de médicos o cualquier otra, que se comprometen con la aseguradora correspondiente (o con Medicare, cuyo ámbito de actuación ha constituido el lugar de desarrollo principal de las ACOs) a prestar atención completa a grupos de población no inferiores a 5.000 personas a cambio de un pago al menos un 2% inferior al promedio de lo que supone la atención de un grupo de población del tamaño correspondiente con el sistema de pago por acto que rige en el ámbito de Medicare y otras aseguradoras.

La regulación de las condiciones para la constitución de estas organizaciones y la distribución entre los distintos componentes de las ACOs de los ahorros añadidos que se puedan obtener en la gestión realizada han sido objeto de regulación más amplia en el ámbito de Medicare (39; 40; 41). Un aspecto principal de esa regulación es el compromiso adquirido para someter a valoración y control (“*accountability*”) de la entidad responsable de la cobertura tanto la atención prestada como el gasto efectuado, con objeto de asegurar que los ahorros en la gestión que se hayan podido obtener se han obtenido mediante mejoras de la atención y la reducción de un uso innecesario de los servicios con arreglo a los patrones de la medicina basada en la evidencia, y no mediante deterioro de la calidad de la atención prestada.

La experiencia más amplia de este tipo de nuevas formas organizativas realizada hasta ahora ha tenido lugar en el ámbito público de Medicare, y existe un amplio debate sobre los resultados obtenidos con ella tanto en términos económicos como sanitarios (42; 43), a la vez que se han suscitado numerosas sugerencias sobre las condiciones

organizativas y reguladoras que pueden mejorar su constitución y funcionamiento, y su extensión al ámbito privado (44).

1.5.3. Formas de buscar la integración de los médicos en la gestión.

En los sistemas públicos tiene también carácter preferente la búsqueda de vías para lograr la mayor implicación de los médicos en la gestión sanitaria con el fin de lograr la mejora de la calidad de la atención y, a la vez, la reducción de costes y de la prestación de atención sanitaria innecesaria:

a) "Mutuas" de servicios públicos y otras formas de participación en la gestión.

En el Reino Unido, se ha sugerido recientemente la posibilidad de constituir a esos efectos "mutuas de servicios públicos" sanitarios extrahospitalarios integrados (se ha sugerido, por ejemplo, para prestar atención sanitaria de urgencia, o atención domiciliaria a ancianos) similares a las existentes ya en el ámbito de otros servicios públicos, como los sociales, o incluso la construcción. Éstas mutuas suponen la cesión de la gestión económica y funcional de la prestación de un servicio concreto en un lugar o territorio también concretos a empleados públicos que lo venían prestando, tras obtener la correspondiente autorización bajo fórmulas (cooperativas; empresas de interés comunitario u otras) que existen en aquel país, tras la presentación de un plan de mejora de la prestación que sea autorizado (49; 50; 51; 52).

Esas propuestas, que todavía no se han hecho efectivas todavía en ningún lugar, vienen a sumarse de manera diferenciada al proceso de constitución de formas de provisión y gestión de la atención primaria que comenzó con la constitución de "fundholdings" por médicos de atención primaria (GPs) agrupados, cuyo sentido era de alguna manera similar al sugerido para las mutuas, y suponía en todo caso una forma de agrupación del ejercicio profesional individual que llevaban a cabo hasta entonces los GPs. La evolución de esas fórmulas ha llevado, sin embargo, finalmente a la constitución de los llamados "trusts" (traducible en este caso por "empresas") de atención primaria (que se han transformado este año en "clinical commissioning groups"), en los que los médicos han pasado a desempeñar en la mayoría de los casos, bajo la fórmula de contratos laborales, un papel subordinado a los propietarios de las mismas, no necesariamente personal sanitario, que pueden ser incluso aseguradoras privadas extranjeras, principalmente norteamericanas. Esas "empresas" contratan a profesionales sanitarios para convertir los trusts (ahora CCGs) en una

forma más amplia de negocio sanitario público-privado con prestaciones diversas que exceden las propias de la atención sanitaria pública original que dio prestigio al NHS (53).

b) La "gestión clínica".

Francia es el lugar de origen de las propuestas de "gestión clínica", a las que se ha aludido ya en el capítulo anterior, traducidas en aquel país en la constitución de formas organizativas cooperativas entre diferentes especialidades médicas para organizar y gestionar determinados tipos de atención compleja de manera más eficiente y superando los límites de la organización tradicional por servicios hospitalarios. Ni en su país de origen, ni en otros en los que se han desarrollado propuestas similares, las fórmulas puestas en marcha, en todo caso constituidas bajo la dirección de profesionales médicos, han supuesto una autonomía de gestión funcional ni presupuestaria independiente por completo y fuera del ámbito hospitalario en la que se encuentran integradas en cada caso.

1.5.4. Formas retributivas de los médicos.

Por las razones apuntadas más arriba, las formas retributivas de los médicos han sido también objeto de una atención especial y diferenciada en distintos países respecto a las retribuciones de otros profesionales sanitarios:

En el nivel primario de atención de los servicios públicos, la forma de retribución más general es la del pago capitativo, que se ha solido mantener al menos como componente parcial de las retribuciones incluso cuando en distintos países se han producido transformaciones organizativas que han llevado a la constitución de centros de atención primaria integrados y de funcionamiento jerarquizado.

Para la atención especializada que se lleva a cabo fuera de hospitales jerarquizados, tanto en el ámbito público donde existe de manera independiente (lo que es más común en los sistemas bismarckianos), como en el privado, gestionado, como en los Estados Unidos, por compañías de seguro (la atención estrictamente privada es cada vez más escasa en todos los países desarrollados), hay un consenso general en que el sistema de pago por acto, que, pese a todo, es el más extendido en este nivel de atención, genera costes añadidos ineficientes por multiplicación y facturación de actos no necesarios (54). Pese a lo cual es de difícil modificación, por las resistencias que suelen presentar a la misma las organizaciones médicas.

A las características especiales de los contratos de los profesionales del NHS, tanto en el nivel de la atención primaria original (los *General Practitioners*, GPs) o del ámbito hospitalario fijo (los “consultants”) antes de que se modificara sustancialmente la naturaleza de los servicios sanitarios en aquel país, hasta llegar a a los “trusts” de nivel hospitalario y en la atención primaria que caracterizan ahora el sistema, se ha hecho referencia más arriba. La forma y nivel retributivo de los contratos de cada tipo se fijaban de manera centralizada, que luego se aplicaba por cada autoridad sanitaria u hospital mediante ofertas específicas descentralizadas de puestos de trabajo a cubrir por quienes han superado los sistemas de acreditación de la capacidad profesional.

En un sentido diferente, los efectos contradictorios, en forma de incentivos para aumentar el número de actuaciones sanitarias al margen de su necesidad real, de todos los sistemas de pago por acto de los médicos han dado como resultado que se hayan llevado a cabo en distintos países intentos de establecer sistemas de pago por resultados (en inglés, “*pay for performance*”), definidos por cada sistema en términos de objetivos, en buena parte cualitativos, distintos al de número de actuaciones de uno u otro tipo realizadas (desde el número de pacientes recibiendo determinadas acciones preventivas, al porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas adecuadamente controladas, el porcentaje de pacientes con controles analíticos de coagulación adecuados, porcentajes de mortalidad a 30 días de pacientes con infarto de miocardio, porcentaje de infecciones hospitalarias de los pacientes atendidos a ese nivel, u otros muchos).

Pese a la simplicidad aparente y el atractivo de la denominación del “pago por resultados”, y la aparente racionalidad del enfoque, el primer problema que se debe resolver para tratar de introducir estos sistemas, que podrían resultar también adecuados a otros profesionales, a equipos multidisciplinares, o incluso al pago a hospitales por las aseguradoras públicas, es la definición por quien quiera utilizarlos de indicadores de calidad fiables para medir la mejora real de la calidad de la atención que se haya podido producir con un sistema de pago vinculado a la mejora del indicador fijado en cada caso. (55; 56; 57)

Diferentes experiencias que se han llevado a cabo en los Estados Unidos y el Reino Unido, tanto en el ámbito privado como en el público, y tanto en el ámbito de la atención primaria básica como en el hospitalario, en todo caso en número limitado, no permiten proponer hasta ahora la implantación generalizada de sistemas de pago de estas características, valorar adecuadamente los costes de los sistemas de información

que sería necesario desarrollar para permitir su implantación, ni tampoco garantizar que los efectos de los incentivos sólo económicos que suponen la misma, desechando de manera excluyente los de otro carácter, no pudieran resultar globalmente contradictorios con los objetivos perseguidos con su aplicación (58; 59; 60; 61; 62).

1.5.5. Regulación de las relaciones contractuales de los médicos con otros agentes sanitarios.

Hay otros dos aspectos de las relaciones contractuales y retributivos de los médicos que son objeto también de una atención específica y diferenciada respecto a otros profesionales por parte de los servicios públicos sanitarios de todos los países, debido al lugar principal que aquéllos ocupan en estos servicios como responsables, mediante la suma del ejercicio profesional individual de cada uno, de la gestión de la parte más importante del gasto sanitario:

a) Simultaneidad de la actividad pública y privada.

El primero de esos aspectos es el desarrollo de su ejercicio en los sistemas públicos y el que éste se realice de manera simultánea o no con el ejercicio en el ámbito privado. Las repercusiones que las condiciones del doble ejercicio pueden tener sobre el rendimiento profesional en cada uno, e incluso sobre el tráfico de pacientes entre ellos, con las consecuencias consiguientes sobre la eficiencia y el reparto del gasto entre uno y otro, dependen en buena parte de las condiciones organizativas de cada país y de la extensión, tanto en términos de cobertura poblacional como material, que hayan alcanzado en cada uno los servicios públicos, así como del grado de desarrollo de que disponga en cada caso el sector privado.

Dado que las condiciones de unos y otros países en ambos aspectos son de hecho muy diferentes, son también muy variables entre países distintos las condiciones concretas de regulación de la actividad simultánea en ambos ámbitos que, en todo caso, se mueven entre tres grandes modelos: la prohibición absoluta del ejercicio simultáneo, el establecimiento de incentivos, principalmente económicos, para el trabajo desarrollado en el ámbito público, o la fijación de límites legales o económicos para el ejercicio simultáneo en los dos ámbitos mencionados (63; 64).

b) Relación con los proveedores (industria farmacéutica).

El segundo, las relaciones de la industria farmacéutica y las de otras tecnologías con los médicos para fomentar la prescripción y el uso de sus productos.

Los mecanismos más tradicionales de influencia más conocidos y extendidos han sido los regalos o pagos generalizados a los médicos por su acomodo a los patrones de actuación inducidos desde las industrias (un estudio realizado en 2007 en los Estados Unidos reveló que el 83% de aquel país recibían regalos de esas industrias, y que un 28% recibían pagos directos por servicios profesionales de consulta o participación en investigaciones y ensayos (65)); y el patrocinio de las actividades (reuniones, congresos, publicaciones, etc) de las sociedades científicas y la participación de los médicos en las mismas. Están, sin embargo, surgiendo nuevas formas de influencia, como la contratación directa por las industrias de profesionales concretos, líderes de opinión en sus especialidades (contratados como “asesores”, promotores de determinadas líneas de producto, “formadores”, que, de manera preferente, formen parte de los propios servicios públicos), para influir sobre grupos más amplios y alinear sus actuaciones con los intereses de las primeras (66; 67).

Unas y otras modalidades de inducción e influencia de la industria sobre los médicos son, dentro de unos límites de semejanza comunes, variables de unos a otros países. Lo mismo ocurre con las regulaciones por parte de los sistemas sanitarios correspondientes de esos mismos países con el fin de evitar esa influencia, que puede tener una gran repercusión sobre el gasto sanitario, y también sobre la calidad de la atención sanitaria prestada. A estas cuestiones se presta una especial atención en el último capítulo de este trabajo.

2. La situación y la regulación del personal en el Sistema Sanitario español

2.1. La regulación de las condiciones del personal del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la LGS y otras normas posteriores (69; 79).

2.1.1. El régimen jurídico del personal de los centros sanitarios del SNS

Los aspectos relacionados con la regulación del régimen jurídico del personal sanitario de las instituciones del SNS han venido marcando el debate sobre los recursos humanos en España en los últimos 20 años, ocultando o minimizando otros aspectos de mucha mayor trascendencia sobre el personal sanitario.

Como se ha indicado en apartados previos, el punto de partida de la definición de esa relación fue el sistema de Seguridad Social preexistente creado en la época de la dictadura, que, con modificaciones escasas, se consolidó como la base constitutiva esencial del SNS. En ese sistema las relaciones con el personal de las instituciones sanitarias propias del mismo se regían por hasta cuatro estatutos específicos (de personal médico; de personal auxiliar sanitario (enfermería) y auxiliar de clínica; de personal no sanitario de instituciones sanitarias; y, por último, de personal funcionario). Cada uno de éstos se habían ido elaborando en períodos distintos y con grandes diferencias temporales, pero en todo caso todos estaban en vigor cuando, en 1978, se hizo la transición a la democracia en España y cuando, unos meses antes de la aprobación de la Constitución española todavía vigente, se constituyó el INSALUD como entidad gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social con naturaleza de organismo autónomo.

Bajo esos distintos estatutos, cada grupo de personal de los indicados funcionaba de manera autónoma e independiente de los restantes, con:

- procedimientos distintos de selección de personal (convocatorias específicas de concursos-oposiciones de plazas por centros para el personal médico, con previsión de una determinada periodicidad para las convocatorias de las vacantes por especialidades generadas en cada provincia; un sistema de concurso “abierto y permanente” para otras categorías profesionales; oposiciones periódicas para ocupar plazas de funcionarios sanitarios de las distintas categorías profesionales existentes).
- planteamiento de los problemas surgidos en la gestión del personal en el ámbito de la jurisdicción laboral, salvo en el caso del personal funcionario.
- constitución de Comités de Empresa en los centros, con elecciones sin distinción entre categorías profesionales.
- conceptos retributivos y niveles de retribución específicos para cada grupo y categoría profesional definidos en los estatutos correspondientes, fijados por

los organismos propios de la Seguridad Social y, en concreto, para el personal de las instituciones sanitarias, por el INSALUD.

Esa situación acercaba la situación del personal sanitario “estatutario” más al régimen laboral que al funcionarial, lo que se tradujo en algunos intentos durante el proceso de elaboración de la LGS de definir de manera expresa en la misma la relación estatutaria como una forma de relación específica dentro del ámbito laboral. Esos intentos fueron contrarrestados de manera insalvable por las posiciones y presiones en sentido contrario de los sindicatos y corporaciones profesionales, pero también de la mayoría de los sindicatos de clase más afines al gobierno socialista, cuando se aprobó la LGS en 1986.

La Ley sólo recogió la previsión de elaborar en un plazo de seis meses, que sólo se hizo efectivo diecisiete años más tarde, un “estatuto marco” del personal del SNS. Por el camino hasta que se dictó esa norma (Ley 55/2003) se fueron dando algunos cambios sustantivos:

- se perdió la aspiración de hacer homogéneas las condiciones del personal de instituciones distintas a las de la Seguridad Social que se habían ido incorporando bajo fórmulas diferentes al SNS a través de los servicios de salud de cada una de las CCAA, cada uno de los cuales se regía por condiciones distintas, que variaban desde la laboral a la funcionarial.
- se fueron produciendo sentencias que reconocían el derecho del personal sanitario “estatutario” a plantear una parte de los problemas surgidos en la aplicación de sus estatutos correspondientes (los relativos al desarrollo de las convocatorias de plazas de diferentes categorías, jornadas de trabajo, y otros) en la jurisdicción contencioso-administrativa, manteniendo, por el contrario, el derecho del personal estatutario a recurrir a la jurisdicción laboral en otros casos.
- desde el propio Ministerio de Sanidad se alentó la consideración del personal “estatutario” (principalmente el personal médico y el de enfermería) como homólogo del personal funcionario, como vía para facilitar la incorporación del primero a los órganos de dirección de los centros sanitarios, que hasta entonces, y conforme a sus propios estatutos, sólo tenía prevista en sus estatutos respectivos la posibilidad de desempeñar puestos de dirección “clínica” de los mismos.

Este criterio se extendió luego por la vía de los hechos a la posibilidad de desempeñar de manera indistinta los puestos asistenciales a los que había accedido el personal médico y de enfermería, manteniendo el derecho a la “reserva de plaza” de esos puestos y, sin necesidad de proceso formativo complementario ni transformación alguna, puestos de trabajo propios de personal funcionario en los órganos centrales de los Servicios de Salud y del Mº de Sanidad (lo que se extendió luego a las CCAA a medida que iban recibiendo los traspasos en esta materia).

La consecuencia más importante de esas interpretaciones, que todavía se mantienen, ha sido la desprofesionalización de la gestión sanitaria, tanto de los centros sanitarios como de los servicios de salud, a lo que se ha aludido ya en el apartado anterior. La administración y gestión de unos y otros formaba parte antes del ámbito de competencia propio, aunque fuera dentro de las limitaciones de la constitución “administrativa” de los servicios sanitarios, de los funcionarios sanitarios, en especial de los cuerpos y escalas sanitarias de la Administración de la Seguridad Social, que a partir de entonces quedaron relegados en la mayoría de los casos a la gestión de prestaciones sanitarias secundarias, como el control de la incapacidad laboral.

- a medida que fueron recibiendo los traspasos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, diferentes CCAA fueron modificando conforme a sus propios criterios (y, en ocasiones, hasta en sentidos contradictorios sucesivos, como ocurrió en el caso de la Comunidad Valenciana), la naturaleza de la condición de su personal “estatutario”: varias CCAA, y en momentos distintos, han optado por definir a este personal como funcionario; en otros como laboral; mientras que en otros se ha mantenido la calificación de “estatutario”. Esta última consideración se ha acompañado ocasionalmente, con motivo de convocatorias regulares de plazas o de procesos concretos, de la homologación al personal estatutario con “plaza en propiedad” del personal sometido durante distintos períodos de tiempo a los contratos temporales irregulares que han ido proliferando sin control a lo largo y ancho del SNS desde hace casi dos décadas, cuestión a la que se hace referencia más adelante.

Para la aprobación del nuevo estatuto-marco, la búsqueda de consenso político y acuerdo sindical al mismo se tradujo en una ley de mínimos, que no ayudó a afrontar ninguno de los problemas fundamentales relacionados con la gestión del personal

sanitario de las instituciones públicas. La promulgación del estatuto-marco en 2003, que sólo afecta al personal sometido a los antiguos estatutos de la Seguridad Social, y que no cambió en lo sustancial las condiciones de la relación estatutarias previas, significó tan solo un cumplimiento tardío de un mandato cuyo plazo de caducidad se había agotado mucho tiempo antes, sin que de su promulgación se derivase ninguna ventaja significativa para la gestión del personal del SNS (70). Pese a lo cual sigue en vigor sin ninguna modificación sustantiva en sus términos.

2.1.2. La gestión central y autonómica del personal “estatutario” del antiguo INSALUD.

a) Los mecanismos de contratación “nueva” en los centros del antiguo INSALUD.

Desde principios-mediados de los años 90, momento en que se había traspasado la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a siete CCAA (40% de éstas que, sin embargo, suponían el 60% de la población cubierta por ese sistema), además de producirse las variaciones en la consideración del personal que se han descrito en el apartado anterior, se fueron produciendo otros cambios simultáneos que afectaron cada vez de manera más amplia a la gestión concreta del personal realizada en y por los centros de dependencia patrimonial de la Seguridad Social, mayoritarios en buena parte de los distintos territorios autonómicos.

El proceso, que tuvo lugar en el contexto de los cambios en la gestión de los centros a los que se ha hecho referencia en un apartado anterior, tuvo su origen y expansión más amplia en los centros de aquellas CCAA que todavía no habían recibido el traspaso de la gestión del INSALUD. Por otra parte, esos mismos centros estaban siendo objeto de las modificaciones en la gestión que acompañaban al llamado “contrato-programa” poniendo su desarrollo en relación, más supuesta que real, con el desarrollo y aplicación de éste.

El criterio aplicado en el caso de la gestión del personal fue la consideración más o menos explícita por parte de los responsables de aquélla en los niveles más centrales de la organización (Ministerio de Sanidad; INSALUD no traspasado) de que el mejor incentivo para aumentar el rendimiento del personal sanitario, a cuya consecución general parecía oponerse el desempeño “en propiedad” de las plazas, era reducir la seguridad en el empleo que esa clase de nombramientos llevaba aparejada. En

aplicación de ese criterio se produjo una ralentización, y luego una paralización deliberada, de las convocatorias de plazas que hasta entonces se venían realizando con bastante regularidad, conforme a los estatutos correspondientes. El recurso inicial a la generalización de la contratación de personal “interino”, más allá de las condiciones específicas en las que se preveían nombramientos de ese carácter, degeneró con el curso de los años hacia toda clase de formas de contratación temporal, de personal “eventual”, o para situaciones concretas (por horas; por fines de semana; para guardias...), bajo modalidades no previstas en los estatutos específicos, pero ni siquiera en las normas laborales en vigor.

Las razones para la expansión progresiva de esas formas de contratación irregulares hay que ponerla en relación con la ausencia de las medidas de control externo de los centros propias de una organización administrativa jerarquizada que se dio de manera simultánea con la renuncia progresiva al funcionamiento efectivo del intento de mejora de la gestión que supuso el contrato-programa. La renuncia a la aplicación efectiva de éste, coincidente con el cambio de gobierno que se produjo en 1996, llevó a que la gestión de los centros en distintas materias, de manera muy expresa en lo relativo al personal, y en ausencia de los mecanismos externos de control (convocatorias periódicas regladas de plazas; aprobación de las plantillas de los centros por los órganos centrales del sistema) previstos en el régimen administrativo que regía el funcionamiento de éste, condujese a una aplicación cada vez más discrecional y arbitraria de las políticas de personal por quienes “gestionaban” los centros sanitarios. Por otra parte, éstos habían sido en muchos casos nombrados entre el personal de los propios centros por razones de afinidad personal con el partido gobernante y, de cualquier forma, se demostraron con frecuencia sensibles a los criterios e intereses de los jefes de servicio más influyentes de cada hospital, que de esa manera fueron adquiriendo un poder en muchos casos no controlado y clientelar en el funcionamiento y la gestión, también la del personal, del Sistema, siguiendo criterios ajenos, cuando no contrarios, a los de igualdad, mérito y capacidad que se demandan de cualquier mecanismo público de provisión de plazas .

El aumento progresivo de la proporción del personal de los centros vinculado a formas contractuales irregulares, unido al volumen en cifras absolutas de personal sometido a las mismas, hizo precisa una primera regularización de una parte

importante de esas situaciones. La primera operación en esa línea, largamente demandada e igualmente retrasada, consistió en una Oferta Pública de Empleo (OPE), que se inició mediante una ley (la 26/2001, de noviembre de ese año) aprobada con el apoyo de todos los grupos parlamentarios, con la excepción del PNV, que ya llevaba a cabo su gestión independiente desde más de tres lustros antes, y que se abstuvo en la votación parlamentaria de la norma (una unanimidad casi plena que se puede considerar como expresión de la preocupación que esa situación de inestabilidad laboral general en el sistema generaba en todos los medios políticos). La aprobación por ley de esa OPE se produjo poco tiempo antes de que en el mes de diciembre del mismo período anual tuviera lugar el cierre del traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las 10 CCAA que estaban entonces todavía pendientes de recibirlas. Esas circunstancias, que se habían tenido en cuenta en la norma previa, motivaron que para su desarrollo, en principio sólo previsto para esas diez CCAA, se establecieran por el Consejo Interterritorial de Salud medidas de coordinación específicas. La operación adquirió una amplitud aún mayor tras sumarse a la misma las CCAA de Andalucía, Canarias, Galicia y Valencia, que gestionaban desde años antes la asistencia sanitaria.

Esa OPE incluyó la convocatoria de más de 15.000 plazas de distintas categorías profesionales (de ellas, más de 10.000 de médicos), en la que participó un número de aspirantes a cubrirlas múltiplo de aquéllas aún mayor. La complejidad de la operación queda bien reflejada en el hecho de que la resolución de las convocatorias de algunos grupos profesionales y especialidades médicas no finalizó hasta seis años más tarde, en 2007, e incluso en algunos casos después, como consecuencia del número de recursos que generaron las convocatorias respectivas. Durante este plazo, la vida ordinaria del sistema, y la del funcionamiento concreto de los centros, se vio severamente afectada en términos de cantidad y calidad de la atención, sin que, por otra parte, al mantenerse de manera general los mecanismos de contratación irregular descritos para la provisión de todas aquellas plazas que no se habían incluido en las convocatorias originales, se pudiera evitar que al finalizar la operación se reprodujese en poco tiempo una situación similar a la que había exigido su realización (71).

Una operación así, no se ha vuelto a repetir nunca con el mismo carácter general. Ocasionalmente algunas CCAA han llevado convocatorias amplias de plazas a cubrir

de su propio territorio. Pero en todo caso nunca se ha recuperado el ritmo de convocatorias regulares y de periodicidad frecuente que deberían haber tenido lugar de haberse aplicado las previsiones legales aparejadas a las normas “estatutarias” que rigen el sistema. Por el contrario, los mecanismos de contratación irregular se han asentado como vía ordinaria de provisión de plazas en la mayoría de las CCAA, ahora ya de gestión independiente. Lo que ha dado como resultado que en el momento actual se estime que más del 40% del personal médico que trabaja en los centros sanitarios propios de la Seguridad Social, que son parte principal del sistema, lo haga bajo unas u otras de esas formas de contratación irregular (72; 73; 74; 75), regidas por intereses distintos a los de su mejor funcionamiento, en las que se hacen difíciles de mantener unas condiciones mínimas de calidad de los servicios prestados por las condiciones de inseguridad laboral en que se prestan éstos en buena parte de ellos (76; 77; 78).

b) La situación de la gestión del personal con plaza “en propiedad”.

El momento peculiar de la constitución del SNS, en 1986, se produjo tras una época en la que, en la década anterior a la misma más inmediata, se había producido una amplia expansión del número de centros principalmente hospitalarios de la red de Seguridad Social de nueva creación, cuyas plantillas se completaron en ese plazo y en los siguientes más próximos con personal joven de nuevo acceso, procedente del sistema de formación MIR, que se había puesto en marcha pocos años antes.

Los mecanismos de provisión de esas plazas, que en aquel momento funcionaban de manera conforme a las reglas establecidas en los estatutos correspondientes, dieron lugar a que, en la práctica, las plantillas de la mayoría de los centros constituidos en esa época resultasen, en consecuencia, bloqueadas durante mucho tiempo. Un problema que se fue acrecentando a medida que las convocatorias de nuevas plazas, a partir de mediados de los años 90, se fueron espaciando cada vez más, conforme a los criterios señalados en los apartados previos. Tan sólo la creación de algunos centros bajo fórmulas de gestión diferente, cuyas plantillas se cubrieron inicialmente en algunos casos mediante “comisiones de servicios” temporales con reserva de las plazas originales, facilitó alguna movilidad del personal entre centros y categorías profesionales diversas.

Por otra parte, desde antes de la constitución del SNS, y a instancias de los grupos de la mayoría de los profesionales más jóvenes, que por entonces cifraban su horizonte profesional en el ejercicio “exclusivo” en el SNS, se plantearon diversas formas de incentivación para los mismos que pudieran permitir diferenciar el grado de actividad y compromiso individual con el sistema y que, en otro sentido, permitieran desbloquear el funcionamiento de los servicios especializados cuando quienes desempeñaran las jefaturas de los mismos pudieran constituirse en traba para su rendimiento eficiente.

Esos objetivos se tradujeron en algunas disposiciones de rango menor (en general órdenes ministeriales: sobre jornada de mañana y tarde, sobre nombramientos “funcionales” de jefe de servicio y sección), que se desarrollaron en el año 1984. Lo característico de esas normas fue el escaso grado de implicación de las autoridades sanitarias del momento, en particular las que ocupaban los cargos de mayor nivel del INSALUD, en su desarrollo y aplicación, pese a ser los centros dependientes del Instituto el ámbito expreso al que iban dirigidas. Las razones aducidas para sostener esa actitud fue la escasa disponibilidad económica para el establecimiento de cualquier incentivo que pudiera suponer mayores niveles de gasto en esos años. El resultado fue, en todo caso, la frustración de las expectativas que esas normas pudieran haber generado en los sectores profesionales más tendentes a contribuir a la mejora del funcionamiento del sistema.

Por el contrario, la congelación salarial relativa mantenida durante aquellos años, y el cierre de las perspectivas de desarrollo profesional que la falta de aplicación de esas normas provocó, dio lugar a un amplio conflicto mantenido por el personal médico de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social poco tiempo después de la aprobación de la LGS. En ese conflicto, a los motivos que se esgrimieron por una parte de los profesionales en la línea indicada, se sumaron los de carácter ideológico de otros sectores corporativos, incluidos los colegios de médicos que se habían opuesto a la aprobación de la Ley (79). El cierre del conflicto se saldó con la introducción de un complemento salarial (el llamado “complemento específico”, que se había incluido en la retribución de los funcionarios algún tiempo antes) que en teoría estaba vinculado en su percepción y su cuantía a la dificultad y complejidad de las tareas correspondientes a cada puesto, y que conllevaba además la dedicación

exclusiva al desempeño del mismo, de manera incompatible con el desarrollo de cualquier otra actividad pública o privada.

La variante que se introdujo en la percepción de ese complemento por los médicos como acuerdo que cerró la huelga mantenida durante varios meses, percepción que se extendió después a otras categorías profesionales, fue su establecimiento mediante la adscripción voluntaria al régimen de percepción del mismo. En cuanto a la condición de exclusividad, la actitud de las autoridades que debían aplicarla fue de una gran laxitud, en ocasiones manifestada de manera expresa públicamente por algunos directores de centros muy caracterizados. El resultado fue, en la práctica, la pérdida de valor del mencionado complemento como instrumento de diferenciación e incentivación de los profesionales con mayor nivel de dedicación e interés en el sistema y, siguiendo las pautas que se han mantenido habitualmente en sus reivindicaciones hasta ahora desde las organizaciones sindicales, tanto profesionales como de clase, la generalización de cualquier mejora retributiva que se pueda obtener, desvinculando la misma de cualquier sistema de valoración del rendimiento personal que se pueda pretender.

La congelación retributiva y profesional del personal sanitario con plaza “en propiedad”, cuya movilidad sigue siendo muy reducida para la mayoría de los profesionales que logran alcanzar esa situación, dió lugar en una época posterior a la demanda y el establecimiento de incentivos económicos vinculados a una “carrera profesional” personal, sin relación con el puesto que cada uno desempeña. La “carrera” se basa en un sistema de niveles y requisitos (asistenciales, de investigación) que se valoran de manera externa a los centros por los organismos centrales de cada servicio de salud, que, a su vez, limitan el acceso a los mismos, e incluso la percepción de los complementos correspondientes, a las disponibilidades económicas del momento.

Como se ha descrito con otros complementos, la tendencia observada en el establecimiento de la carrera profesional, inicialmente fijada sólo para los médicos, ha sido la de extender la misma a otras categorías profesionales, en las que la valoración del “progreso” profesional personal al margen de la antigüedad parece, sin embargo, más difícil aún. Por otra parte, el establecimiento de las condiciones y los términos

de la “carrera profesional” por cada una de las CCAA ha dado lugar a diferencias terminológicas y de concepto que las hacen difícilmente homologables de unas a otras. Se trata de un factor que, sumado a la limitación de los mecanismos de traslado estatutariamente previstos, contribuye a dificultar aún más la movilidad del personal que adquiere la condición estatutaria “en propiedad” en cualquiera de ellas, y cuyos mecanismos de solución, que se han empezado a intentar por la vía de la homologación de terminologías y conceptos diversos, parecen mucho más difíciles que el establecimiento que se pudiera hacer de mecanismos de desarrollo comunes.

Una última observación permite hacer referencia a que la aplicación del régimen disciplinario previsto en los estatutos de personal vigentes en las instituciones sanitarias con dependencia patrimonial de la Seguridad Social no ha servido hasta ahora como instrumento de corrección de las diferencias manifiestas que se producen en el rendimiento del personal que, si carecen de efectos fácilmente perceptibles, constituyen, a la inversa, un incentivo negativo para los profesionales que mantienen con su trabajo el funcionamiento del sistema, y un mecanismo de pérdida de identificación de los profesionales con el mismo.

2.2. La organización de las profesiones sanitarias en España. La Ley 44/2003 (70).

La forma peculiar de “ordenación” de las profesiones sanitarias que se da en nuestro país se plasmó de manera expresa en una ley de ese nombre (LOPS) que se promulgó, como el Estatuto Marco, también en 2003. En el mismo contexto al que se hizo referencia en el proceso de aprobación de éste, la búsqueda del consenso político entre el PP, entonces en el Gobierno, y el PSOE, como partido principal en la oposición, ambos sin aparente capacidad de comprensión de la extraordinaria importancia de estos “asuntos administrativos”, determinó la aprobación de un marco regulatorio muy burocrático, más orientado a la consolidación del statu quo de las profesionales consolidadas que a una previsión de las necesidades y exigencias a corto y medio plazo del SNS en cuanto a su capital humano.

Con arreglo a esa norma, pero recogiendo en la misma tendencias muy evidentes antes de que se efectuara esa regulación expresa, las profesiones que se definen como “sanitarias” (una definición que podría resultar innecesaria conforme a otros criterios) se han caracterizado por establecer sus límites en función de la supuesta exclusividad

por parte de cada una de ellas, agrupadas en torno a un título académico, en el desarrollo de funciones o actividades concretas que, una vez definidas, no podrían ser desarrolladas por cualquier otro personal que no posea la titulación que habilita para ello.

Tales definiciones de funciones y actividades “propias” se han utilizado a su vez de manera preferente para garantizar la reserva de puestos de trabajo para determinadas titulaciones en las plantillas de los centros sanitarios, en especial los de los centros “propios” del SNS, impidiendo, incluso con el recurso a conflictos legales, que la realización de determinadas actividades por personas que no dispongan de la titulación que se pretende proteger suponga una reducción de los puestos de trabajo que estuvieran ocupados por personas con esa titulación.

Son buenos ejemplos de ello los conflictos promovidos por la representación corporativa de la profesión enfermera con los técnicos de diferentes especialidades (laboratorio, anatomía patológica, radiología, medicina nuclear) para impedir la punción en vena por parte de éstos, y justificar con ello la necesidad de enfermeros en las plantillas de esos servicios. Lo mismo el activismo de la Organización Médica Colegial contra cualquier desarrollo normativo que pudiera parecer un avance de la profesión de enfermería en cuanto a sus roles avanzados, concretada –aunque no solo– en los recursos contencioso-administrativos sistemáticos contra todos los planes docentes aprobados de las especialidades enfermeras a partir del RD 450/2005. O la insistencia por parte de la organización enfermera colegial de obtener el reconocimiento mediante norma, todavía no promulgada, de la habilitación general de la profesión para realizar la prescripción de ciertos tipos de medicamentos.

Las mismas dificultades administrativas han caracterizado hasta ahora la realización de actividades y funciones que se realizan a día de hoy en los centros sanitarios por profesionales de otras titulaciones superiores no reconocidas inicialmente como sanitarias, como los psicólogos o los biólogos. Cuando el reconocimiento de esas funciones se ha impuesto como inevitable y necesario, las dificultades se han trasladado a la definición de las categorías respectivas en las plantillas de los centros sanitarios, en especial las de los centros propios del SNS. En este sentido, la Ley de ordenación de 2003 supuso un retroceso que llevó a que, en ese ámbito, profesionales que venían desarrollando su trabajo en una situación homologable a la de los médicos, fueran desde entonces relegados a condiciones laborales y retributivas de nivel inferior al de éstos, perjudicando de esa forma el ejercicio de su labor.

Otro de los desarrollos que proyectan la tendencia a convertir la regulación de las profesiones sanitarias en un mecanismo de definición de funciones propias de cada una y, en este sentido, en un instrumento al servicio de la garantía y reserva de puestos de trabajo por quienes dispongan de la correspondiente titulación, es el desarrollo de las especialidades. Se trata de un terreno reservado inicialmente sólo a los médicos que, sin embargo, en desarrollo de lo previsto en la ley, se ha extendido después a otras titulaciones superiores y al personal de enfermería; a éste incluso antes de que, como consecuencia de los desarrollos llevados a cabo en el campo de las titulaciones académicas, la profesión citada adquiriese el nivel de “grado”.

Una de las consecuencias principales de la regulación de las especialidades en el ámbito de diferentes profesiones sanitarias ha sido la de actuar en el sentido indicado, “reservando” puestos de trabajo en las instituciones públicas, pero también el derecho a ejercer en el ámbito privado caracterizándose como especialista, a quienes disponen de la titulación correspondiente. Por otra parte, el número de especialidades reconocidas en España, en especial en el ámbito médico, es significativamente superior al de las existentes en la mayoría de los países europeos, e incluso está prevista en la Ley una forma de ampliación mediante el reconocimiento de “áreas de capacitación específica” dentro de diferentes especialidades. Pese a todo, la demanda de reconocimiento de nuevas especialidades no parece tener fin; entre las demandas pendientes, que con frecuencia son objeto de promesas incumplidas o retrasadas por parte de todos los gobiernos, se encuentra ahora la de “medicina de urgencias y emergencias”, susceptible, como otras muchas, de debate acerca de los contenidos reales de su diferenciación...pero no de las limitaciones que su reconocimiento supondría para el desempeño de plazas en los servicios de urgencias, incluso los hospitalarios, pero sobre todo los que se han creado en el ámbito extrahospitalario, por los servicios de salud de diferentes CCAA.

Trasladar el reconocimiento de esos títulos al desempeño de puestos de trabajo en el sistema sanitario, reservando la posibilidad de acceder a las plazas correspondientes a quienes disponen de la correspondiente titulación, se traduce en dificultades añadidas para la definición de las plantillas, en especial de las hospitalarias, de manera cada vez menos acorde con la evolución hacia la multidisciplinariedad en el uso de diferentes tecnologías, que, en el origen, pueden incluso haber dado lugar a la definición de especialidades distintas: la ecografía de varios tipos es una técnica que en sus inicios se practicaba para distintos órganos, aparatos y sistemas por

profesionales de las especialidades respectivas. Hoy día se trata de técnicas que utilizan con carácter general los radiólogos; por su parte, profesionales de esta titulación practican ahora también diferentes técnicas endoscópicas que sustituyen a diversos tratamientos quirúrgicos que practicaban cirujanos de las especialidades correspondientes; algunas de esas técnicas menos invasivas se practican también por especialistas médicos de las especialidades respectivas.

Otro terreno de proyección preferente en el ámbito de las titulaciones sanitarias es el retributivo. Los sistemas de retribución vigentes de manera preferente en el sector público establecen niveles retributivos, en especial en sus conceptos básicos (sueldo base; complemento de destino) vinculados al nivel de titulación. Para determinadas profesiones, en particular la enfermería, el avance desde un nivel básico de origen (equivalente a la EGB actual), pasando por la diplomatura, hasta el nivel de “grado” del que dispone en la actualidad, con la homologación mediante “cursos de nivelación” de quienes disponían de titulaciones previas de nivel inferior, ha sido un objetivo persistente de la organización colegial enfermera con el objetivo de generalizar el nivel retributivo más alto a medida que la titulación alcanzaba un nivel superior. Se trata de un objetivo que ha conseguido alcanzar sin que el mismo tuviera ninguna consecuencia sobre la capacitación ni las funciones a desempeñar por el conjunto de la profesión ni, en consecuencia, que para el sistema sanitario en su conjunto se derivase ninguna mejora significativa valorable que acompañase esa evolución. Una evolución académica que, por otra parte, ha exigido que, como ha ocurrido con otras profesiones, se estableciesen en el ámbito público dos niveles retributivos distintos (denominados A1 y A2) para las titulaciones de nivel “superior”, reservando el segundo para quienes ostentaban hasta hace poco el nivel de diplomatura.

Por otra parte, la ley del 2003 promovió también (o renovó, como es el caso de Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud) la creación de estructuras organizativas para fomentar la participación de las organizaciones profesionales en distintas políticas:

-en el caso del Consejo citado, cuya actividad se proyecta de manera casi exclusiva sobre las materias que le dan nombre, el resultado de la misma no puede considerarse ajeno, sino más bien al contrario, al panorama descrito más arriba, en el sentido de la multiplicación (probablemente innecesaria si se juzga por lo que ocurre en otros países de nuestro entorno) de las especialidades y su proyección hacia el ámbito del

funcionamiento de los servicios públicos, complicando los mecanismos de delimitación de competencias, provisión de puestos de trabajo e incluso organización de los mismos. Esas consecuencias tienen que ver que un funcionamiento de ese órgano que adopta como patrón fundamental de sus políticas la suma de los intereses de cada una de las especialidades representadas, y no la búsqueda de mecanismos de confluencia entre ellas. La publicación más del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la “troncalidad” en la formación médica, a la vez que se regulan de manera concreta las “áreas de capacitación específica” parece un buen ejemplo de esa forma de actuar, con las consecuencias descritas.

-la creación por la Ley de un “Foro Profesional”, que ha tenido escasa actividad hasta ahora, pero que en los últimos meses se ha proyectado hacia la demanda de un “pacto por la sanidad” de perfiles ambiguos, es un buen ejemplo de lo que parece un intento de diseño corporativo de las políticas sanitarias, que carece de encaje en un sistema político democrático genuino.

2.3. La organización corporativa de las profesiones sanitarias.

Las consideraciones anteriores llevan de manera también inevitable a analizar la forma en la que está planteada la representación corporativa de las profesiones sanitarias, y la influencia que esas corporaciones tienen en las políticas sanitarias que se vienen desarrollando.

Cualquier análisis histórico que se quiera hacer de las representaciones corporativas sanitarias en España después de la guerra civil permite llegar a la conclusión de que su constitución original, basada en el encuadramiento político obligado en los colegios profesionales respectivos de quienes ejercían cada una de las profesiones reguladas por entonces, sigue teniendo una influencia decisiva sobre la situación actual de las organizaciones corporativas, conformadas como colegios profesionales, tanto en el sentido de las actividades y funciones que ejercen y los intereses que representan, como en las carencias que se pueden observar en su organización y funcionamiento respectivo.

Durante la dictadura predominó en la organización de los colegios su constitución como vía de encuadramiento político obligatorio de los profesionales, que culminaba en la participación de algunos de los máximos representantes colegiales, entre ellos el de los médicos, como “procuradores en Cortes” de la peculiar “democracia orgánica”

que constituyó el régimen dictatorial. Eso hizo que los órganos colegiales fueran copados por profesionales afines a aquel régimen político, y a que los propios colegios permanecieran ajenos por completo a cualquier actividad que supusiese un control del ejercicio profesional basado en criterios científicos y técnicos relacionados con los conocimientos específicos y propios sólo de quienes ejercen una profesión, que es lo que la define como tal.

La evolución de los conocimientos científicos, y la propia organización de los servicios sanitarios promovida por aquel régimen, que constituyó el sistema de Seguridad Social que fue la base del SNS actual, y que supuso el paso del ejercicio profesional individual a las formas colectivas del ejercicio profesional sanitario, no supuso, sin embargo, ningún cambio, ni en las estructuras colegiales ni en las actividades de control profesional llevadas a cabo por éstas. Desde un punto de vista legal, se mantuvo en todo caso la obligatoriedad de afiliación a la organización colegial para ejercer la profesión, fuera en el ejercicio “libre” de la misma, o a través de las formas colectivas, públicas o privadas, en que comenzó a organizarse la atención.

Lo que, con la evolución política del régimen sí fue cambiando, de manera paralela a como lo hacía el ejercicio profesional, fue el interés por la participación en la vida colegial y el desempeño de los cargos de las organizaciones profesionales respectivas por parte de quienes ocupaban las posiciones dominantes en los ámbitos del conocimiento (los catedráticos y profesores universitarios entre ellos) y en las nuevas formas colectivas de ejercer las profesiones sanitarias (jefes de servicio de los centros), sin duda con el ánimo de ejercer una vía de control añadida a la que ya ejercían por una u otra vía sobre cada profesión. Pero esa forma de entender el control desde los colegios ha mantenido a la representación profesional ejercida por éstos al margen de la evaluación y el control de la capacidad de ejercer su profesión por los profesionales, sobre la base de la evaluación independiente del conocimiento y las habilidades adquiridas por éstos.

Que las organizaciones corporativas en España carezcan por su propia constitución de las capacidades científicas y técnicas necesarias para llevar a cabo esas funciones, no ha sido, sin embargo, obstáculo para que aquí se les hayan atribuido formalmente funciones similares a las que llevan a cabo las organizaciones profesionales en los países de mayor tradición democrática, y para que, en sentido contrario, se haya propiciado su participación en toda clase de organismos y entidades en el ámbito

público, ahora dependientes del M° de Sanidad, que tienen por objeto la colaboración a la regulación y el control del ejercicio profesional tanto en el ámbito público como en el privado. Y, más allá incluso, en la definición de partes muy importantes de las políticas sanitarias generales: el ejemplo más reciente son los “pactos” firmados por el actual Ministerio de Sanidad con los representantes colegiales y asociativos de las tres profesiones sanitarias más caracterizadas (medicina, farmacia y enfermería). Los contenidos de cada uno de esos “pactos” han alcanzado cuestiones de la organización de los servicios sanitarios que desbordan por completo los ámbitos de competencia que son propios de esas organizaciones profesionales, en materias en las que, por otra parte, no cabe considerar que exista una posición de carácter general que pueda representar los criterios propios de cada profesión.

Por otra parte, la coartada que sigue justificando la obligatoriedad de la colegiación en las profesiones sanitarias, que no es otra que el autocontrol corporativo de las prácticas profesionales, la garantía de su adecuación a la *lex artis* y la salvaguarda de los intereses de los ciudadanos y pacientes, es una invocación sin ningún contenido real: los colegios profesionales en el ámbito sanitario no tienen la más mínima capacidad jurídico-administrativa ni científico-técnica para controlar a los profesionales, al menos, en aquellos derechos ciudadanos que el Tribunal Constitucional considera dignos de preeminencia frente a la libertad constitucional de libre asociación que se niega a los profesionales colegiados: la defensa de la salud y la seguridad de los ciudadanos.

Por el contrario, lo que esa situación, que se ha continuado hasta hoy, propicia aquí, al mantenerse a la vez la obligatoriedad de la colegiación para ejercer la profesión en cualquier forma, incluso en el ámbito público, es que las organizaciones colegiales se hayan convertido en muchos casos en la vía de representación de los intereses dominantes de determinados grupos en ciertas profesiones, que se sirven de la organización colegial para mantener su dominio sobre el conjunto de la profesión, a la vez que utilizan para ello la realización de funciones que deberían ser ajenas a la organización colegial. Un ejemplo evidente de esta situación es el de los colegios de farmacéuticos, que, mediante la presión para el mantenimiento de la limitación de la propiedad de las oficinas de farmacia a los farmacéuticos titulados, se han convertido en el vehículo de defensa de los intereses de determinados grupos de aquéllos, en concreto los que ejercen la propiedad de las oficinas de farmacia de mayor tamaño y rentabilidad en cualquier territorio, utilizando como instrumento principal para

hacerlo la firma de convenios con el SNS para efectuar la facturación global de los medicamentos dispensados en el conjunto de las farmacias de cada uno de los territorios provinciales a cada servicio de salud; una actuación que sigue teniendo consecuencia importantes sobre el gasto farmacéutico en recetas del SNS, pero también sobre las posibilidades de ejercicio profesional por quienes carecen de la propiedad de una oficina de farmacia. .

En otros casos, del que el más representativo es el de los médicos (81), los intereses de los profesionales, que se mantienen mayoritariamente alejados de la vida colegial y de los procesos electorales internos, han buscado otras vías de expresión distintas de los colegios, como las numerosas sociedades científicas que se han ido constituyendo. Éstas, de afiliación voluntaria en cada caso, tienen a su vez como inconveniente más importante tener como base principal para su mantenimiento y el desarrollo de sus actividades en la mayoría de los casos el patrocinio por las empresas que comercializan productos propios de cada especialidad. Lo que las convierte en vehículos de influencia potencial importante sobre el uso de las tecnologías por el SNS, sin ningún control ni regulación estatutaria que pueda paliar esa situación. Algunos ejemplos recientes relacionados con las pautas de actuación en materia de vacunas pueden servir de ejemplos explícitos de actuaciones en el sentido indicado que cabe poner en cuestión por parte de determinadas sociedades científicas.

Como se ha comentado en el apartado anterior, la enfermería (82) es, por su parte, un magnífico ejemplo de la utilización de la organización corporativa para lograr mejoras retributivas generales para el conjunto de la profesión sobre la base de haber conseguido la elevación del nivel docente de la titulación, sin haber cambiado ni las capacidades ni la formación de la mayor parte de quienes ejercen aquélla. Lo que tiene repercusiones importantes, no evaluadas al haberse adoptado las decisiones correspondientes por las administraciones públicas, no sólo sobre el gasto del SNS, sino también sobre la organización y el funcionamiento del mismo. Pueden servir de ejemplos a esos efectos la organización actual de las direcciones de los centros públicos, e incluso el funcionamiento cotidiano de cada servicio hospitalario, sometido a la intervención de órganos de dirección (médica; de enfermería) diferentes, con consecuencias que tampoco han sido evaluadas de manera adecuada sobre la calidad de la atención que se presta en ellos.

De todo ello cabría deducir que la organización corporativa de las profesiones sanitarias no es un asunto de interés ajeno al SNS, sino que, por el contrario, debería

atenderse como un aspecto central a regular de manera específica si se quiere sostener y mejorar la situación de éste.

3. Un análisis de las posibles propuestas a formular para la modificación de las políticas de personal en el sistema sanitario español.

De la comparación de las descripciones hechas en los apartados anteriores en la evolución y la situación de las profesiones sanitarias en España y en otros países se pueden derivar algunas conclusiones de carácter general:

- en primer lugar, que la situación de las profesiones sanitarias en España difiere en algunos aspectos sustantivos (sistemas de vinculación del personal con los sistemas públicos sanitarios que existen en cada país; situación y relación entre sí y con los servicios sanitarios de las profesiones sanitarias, y de algunas no definidas como tales pero que en proporción cada vez más importante trabajan en aquéllos; papel de las organizaciones profesionales en la regulación y el ejercicio profesional en cada país) de la situación en otros países desarrollados.

- en segundo lugar, que las diferencias que se pueden observar en los aspectos señalados son el resultado de una evolución política en el tiempo distinta entre España y los restantes países desarrollados, que ha tenido repercusiones importantes, tanto en el momento y las condiciones de creación de los servicios públicos de salud en los países respectivos, como en el desarrollo, evolución y situación actual de las profesiones sanitarias en España y en otros países.

- por último, que las diferencias detectables provocan también diferencias, que en la mayoría de los casos no son a favor de nuestro país, en las oportunidades y formas de resolver los problemas que afectan en todos ellos a los servicios de salud, de los que las políticas de personal son una parte esencial.

En consecuencia con esas conclusiones, en los apartados siguientes se analizan las modificaciones que sería necesario introducir en la regulación y la situación de distintos aspectos de las profesiones sanitarias en España para contribuir a afrontar los problemas de distinta naturaleza que afectan al sistema sanitario español.

3.1. Las políticas de personal en los centros del SNS.

3.1.1. Aspectos generales y ámbito de aplicación de las propuestas.

Las modificaciones que se sugieren en este caso deben entenderse en todo caso referidas sólo al personal de los centros propios del antiguo INSALUD, definido en el artículo 2 del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, aprobado por la Ley 55/3003 de 16 de diciembre.

La razón para establecer ese límite es que se considera que no existen instrumentos legales comunes disponibles que pudieran permitir imponer unos mismos mecanismos de acceso y contratación, ni de sistemas retributivos e incentivación, que pudieran utilizarse por igual en la diversidad de centros públicos de distinta dependencia constitutiva y patrimonial que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

Pese a esa limitación, debe, sin embargo, considerarse también que, dada la importancia absoluta y proporcional que tiene la red de centros de la antigua Seguridad Social en la mayor parte de los territorios autonómicos, tanto la hospitalaria como la de centros de atención primaria, eso no resta ningún interés a la recuperación de instrumentos homogéneos para la gestión del personal de esos centros, que puedan contribuir a mejorar la calidad y la eficiencia de los mismos, así como la movilidad del personal, y con ello su contribuir a la vez a mejorar las mismas condiciones en el conjunto del SNS.

La diferencia más destacada de la vinculación del personal del SNS (definido con los límites señalados en la norma citada) con el propio Sistema, con la del personal de los servicios nacionales de salud de otros países con sus propios sistemas sanitarios, es el carácter "funcionarial especial" que se atribuye a esa relación en el artículo 1 del propio Estatuto. El contenido de éste relativo a los aspectos mencionados y otros, queda por completo condicionado por el carácter "funcionarial", por mucho que sea especial y con sus especificidades, atribuido legalmente a esa relación. Condiciones que se trasladan además al *"personal sanitario funcionario y al personal sanitario laboral que preste servicios en los centros del SNS gestionados directamente por entidades creadas por las distintas CCAA para acoger los medios y recursos humanos y materiales procedentes de los procesos de transferencias del INSALUD, en todo aquello que no se oponga a su normativa específica de aplicación, y si así lo prevén las disposiciones aplicables al personal funcionario o los convenios colectivos aplicables al personal laboral de cada comunidad autónoma"*, en virtud del carácter

básico de la norma, al amparo de los artículos 149.1.16, 149.1.18 y, para determinadas disposiciones concretas, el 149.1.7, de la Constitución Española (CE).

Las razones para fijar esa condición "funcionarial", con sus consecuencias derivadas, al personal mencionado, una relación que resulta distinta a la del personal sanitario en otros países, hay que buscarlas en las condiciones peculiares, en cuanto a origen, localización en el tiempo y proceso seguido para su constitución, del SNS español, claramente distintas a las de esos otros países.

El SNS español se constituyó como tal en 1986, casi cuarenta años después de que lo fueran la mayoría de los sistemas sanitarios universales de otros países. Por otra parte, la creación de nuestro SNS se basó en el sistema integrado y jerarquizado de la Seguridad Social que ya existía, y cuyo ámbito de protección comprendía ya en aquella fecha a más del 90 % de la población española. Ningún sistema sanitario de otro país dispuso en el momento de su creación de una base comparable, lo que le permitió a cada uno establecer unas bases nuevas para cada sistema que nacía; una posibilidad de innovación que, por las propias características de la situación que se daba aquí, resultó naturalmente más restringida en España.

Una peculiaridad añadida del sistema sanitario "de Seguridad Social" o bismarckiano que existía aquí era que, a diferencia de los modelos similares de otros países, organizados por cajas de seguro, el modelo de sindicato único vigente en nuestro país de manera previa había llevado a constituir para la atención sanitaria de los trabajadores y empresarios integrados en el mismo un sistema de atención sanitaria que, con escasas excepciones, era también único; una condición por otra parte acorde también con las características corporativas del sistema dictatorial que le dio origen. Además, en la creación del mismo se aprovecharon unas circunstancias financieras que, a falta de un volumen significativo de cobro de pensiones en el inicio de la creación del sistema universal de reparto establecido para esas prestaciones económicas, dispuso de una gran liquidez para la inversión en la prestación sanitaria. El carácter administrativo, aunque dependiente del propio sistema de Seguridad Social y de éste respecto al Ministerio de Trabajo, que se dio a los organismos que gestionaban las distintas prestaciones de aquel sistema, entre ellas las sanitarias, dio lugar a que se generasen diferentes estatutos de personal, como los que se han

descrito, para la gestión de cada una; y, un paso más allá, a que aquellas características se trasladasen luego al nuevo servicio público universal, sin ninguna consideración previa sobre la adecuación de las mismas a la gestión de las distintas prestaciones de aquel sistema. Gestión que, por otra parte, en 1978 se separó (Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo) en tres sistemas distintos dentro del propio ámbito de la Seguridad Social. (INSALUD, INSERSO e INSS) para la de cada una de ellas. Los intentos de evitar durante la Transición cualquier modificación de la situación institucional de distintos colectivos profesionales vinculados a las administraciones públicas que pudieran ser interpretados por éstos como un retroceso en su situación obró como complemento esencial para hacer posible ese traslado acrítico de las condiciones vigentes en el sistema anterior al nuevo sistema.

3.1.2. Efectos de la relación estatutaria como "funcionarial".

La consolidación de esa situación estatutaria, definida finalmente como “funcionarial” en el Estatuto-Marco citado que, como se ha indicado, resulta inédita en el panorama de los servicios de salud de los países desarrollados, ha tenido, en todo caso, diferentes consecuencias en distintos aspectos de la situación del personal en el SNS, que cabe poner en cuestión:

a) Plazas "en propiedad".

La primera de ellas, el desempeño “en propiedad” de las plazas cubiertas por los procedimientos reglados para acceder a ellas.

Que una situación así no exista en los servicios públicos sanitarios de ningún país homólogo debería suponer que se reconociese de entrada que esas condiciones de desempeño no son en sí necesarias para un desarrollo adecuado de la función asistencial sanitaria, por mucho que se den en el servicio público sanitario español.

Más allá de esa constatación se debe, sin embargo, añadir que las condiciones de inamovilidad en el desempeño de las plazas que la condición funcionarial proporciona si no media un expediente disciplinario que suponga la separación de la plaza (una situación excepcional, si no inédita en el caso de los servicios públicos en general y, en concreto, de los sanitarios españoles) constituyen, con arreglo a la experiencia adquirida, una dificultad añadida para lograr un rendimiento adecuado en el desempeño de las plazas por el personal sanitario. E incluso un incentivo negativo

para mantener el compromiso con su trabajo por parte de la mayoría del mismo si se permite, como viene ocurriendo hasta la actualidad, que el bajo rendimiento por parte de algunos profesionales carezca de consecuencias significativas para los mismos en términos retributivos o de otra naturaleza. Lo que va socavando el funcionamiento del propio sistema público en su conjunto.

Como se predica del derecho administrativo en general por algunos autores (83), las condiciones de inamovilidad mencionadas para el personal funcionario sometido a esa clase de derecho tuvo probablemente tiempo atrás el sentido de evitar la arbitrariedad en el desempeño de las plazas adquiridas, y asegurar con ello un cierto grado de independencia de la función pública en distintos terrenos en un ámbito político dictatorial. Por el contrario, mantener esas condiciones en un marco democrático para el desempeño de una función constituida como servicio público tan específica como la sanitaria, de manera distinta a lo que ocurre en cualquier país de condiciones democráticas semejantes, carece de sentido, y añade a la gestión de este personal las dificultades señaladas.

Como ocurre en otros terrenos de ciertas funciones públicas en España (entre ellas en el desempeño de las plazas docentes universitarias) el ejemplo de otros países permite considerar que las condiciones de estabilidad necesarias para garantizar el buen funcionamiento de los servicios y centros públicos, y más en un ámbito de competencia cada vez más abierta con las instituciones privadas, se pueden lograr mejor con sistemas de contratación indefinida abiertos a la evaluación periódica del rendimiento; y que, por el contrario, el desempeño de las plazas “en propiedad” constituye en la mayoría de los casos una hipoteca estructural añadida para obtener y sostener un rendimiento adecuado en los puestos de trabajo desempeñados en esas condiciones.

Sistemas de esas características se están aplicando en el ámbito de una parte significativa las instituciones privadas que se están consolidando en España y, a cambio de otros incentivos que se aplican en ese terreno, resultan cada vez más atractivos para un número significativo de buenos profesionales. Muchos de éstos, en una proporción todavía difícil de valorar, están abandonando el sistema público o mostrando su preferencia por el ejercicio privado; una evolución que se ve facilitada más aún si se facilitan al personal del sistema público situaciones administrativas especiales que suponen el mantenimiento de derechos sobre las plazas previamente adquiridas “en propiedad”. Todo ello redundará sin duda en el medio plazo en la

pérdida de profesionales por parte del sistema público, acentuada por el abandono del país que se está produciendo por un número creciente de profesionales cualificados, a la búsqueda de mejores condiciones para su desempeño.

Aunque cualquier modificación de ese régimen exigiría en todo caso mantener los derechos adquiridos de quienes accedieron en esas condiciones de “propiedad” a las plazas, por el contrario una perspectiva de sostenibilidad de futuro del sistema sanitario público parece requerir que no se reproduzcan hacia delante las condiciones mencionadas. Unas condiciones que, por otra parte, con arreglo a la descripción de la situación actual del sistema sanitario a la que se ha hecho referencia más arriba, resultan accesibles a un número cada vez menor de profesionales, tras soportar durante períodos de tiempo variables, pero en muchos casos muy prolongados, situaciones precarias.

Por otra parte, la organización jerarquizada del SNS dio lugar en los estatutos correspondientes a algunas profesiones sanitarias, en particular entre los médicos (lo que no ocurría en otros casos, como el personal de enfermería, que es el segundo mayoritario en los centros sanitarios) al establecimiento de una vinculación de hecho entre el nivel de conocimientos disponibles y el desempeño jerárquico de niveles de responsabilidad diferentes en la organización de los servicios, estableciendo tres (o hasta cuatro en algunos centros) categorías profesionales diferentes.

La evolución del conocimiento científico y las formas de difusión del mismo, que hacen que el grado de conocimientos adquiridos tenga poco que ver con el nivel de responsabilidad organizativa que tenga atribuido cada profesional, o que incluso resulte contradictorio con el mismo, y que en todo caso resulta independiente de la capacidad en uno y otro terreno de cada cual, son todas ellas razones que sirven de apoyo a proponer que, como se intentó ya hace años, en la contratación de los profesionales, en especial la de los médicos, se desvinculen ambos aspectos. Y a que la atribución de responsabilidades organizativas a determinados profesionales, en todo caso de carácter temporal, y sea cual sea su nivel de acreditación profesional, constituya una decisión independiente de la dirección de cada centro, sometida en todo caso al control del rendimiento en el ejercicio de esas funciones.

b) Mecanismos de provisión de las plazas.

Un segundo aspecto vinculado a la definición “*funcionarial especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el SNS*” que establece el Estatuto

marco en vigor que cabe poner en cuestión son los mecanismos de provisión de plazas previstos en el mismo.

El marco del derecho administrativo que establece el Estatuto supone que los sistemas de provisión de plazas previstos se deben atener a la organización administrativa del Estado. Lo que se debería traducir en la realización de concursos-oposición periódicos centralizados por parte de cada una de las Comunidades Autónomas para la cobertura de las plazas vacantes.

Por los criterios, unos de carácter deliberado y otros de dificultad administrativa real para mantener la organización de los mismos con la periodicidad prevista, conforme a lo descrito en un apartado anterior, la realización de esos concursos para cubrir las vacantes de todas las categorías profesionales que se van produciendo se han ido espaciando cada vez más en el tiempo. La recuperación de un ritmo de convocatorias que permitiera atenuar el desempeño temporal de las plazas que va siendo necesario cubrir parece un objetivo difícilmente alcanzable. La dificultad de tenerlo siquiera como objetivo está en relación tanto con el escaso interés por parte de todas las administraciones autonómicas en atarse las manos con la repetición de nombramientos de plazas “en propiedad”, una actitud difícil de cambiar, como con el compromiso administrativo (pero también económico) que supondría la repetición reiterada de esas convocatorias.

El resultado de esa situación sostenida desde hace años es que, si no se modifica de manera legal ese panorama, se mantendrá la tendencia a cubrir las plazas que en cada caso se deseen por cada centro sin acudir, o sólo ocasionalmente, a convocatorias regladas, haciéndolo, por el contrario, con grandes márgenes de discrecionalidad por parte de los gestores de los mismos tanto en lo relativo a las plazas como a las modalidades ofertadas. Éstas superan en muchos casos, sin ningún control externo a los centros (contratos supuestos de guardias en los que se exige de hecho el cumplimiento de una jornada ordinaria; de horas; de fin de semana, o cualquier otra variedad derivada de la pura arbitrariedad del contratante), las previsiones más amplias (contratos temporales o a tiempo parcial; nombramientos interinos o eventuales, todos ellos en situaciones tasadas) del propio Estatuto.

Considerar, como sostienen algunas opiniones, que las condiciones de igualdad, mérito y capacidad en el acceso a las plazas que se deben garantizar en el ámbito público sólo se pueden mantener mediante convocatorias como las previstas en el Estatuto en vigor, supone una reducción que contrasta vivamente con la realidad: las

contrataciones irregulares de una u otra naturaleza que constituyen la vía inicial de acceso actual al sistema por parte de la mayoría de los profesionales son la expresión más extrema de la carencia de las garantías citadas en las plazas adjudicadas así, que, además, condicionan con frecuencia el acceso definitivo posterior a las mismas. Por otra parte, los tribunales que se deben constituir para la adjudicación de las plazas cuando éstas se convocan conforme a los procedimientos reglados previstos al amparo del Estatuto, en los que participan representaciones profesionales y sindicales como garantía del mantenimiento de esas condiciones, son, al menos en ocasiones, vehículo de expresión de los intereses parciales de una u otra naturaleza existentes en el ámbito de las plazas convocadas, sin suponer ninguna garantía añadida de su eficacia para el mantenimiento de aquéllas.

Frente a esas posibilidades de fallo potencial del mantenimiento de las condiciones citadas, a las que se asocia el carácter inamovible de las plazas adjudicadas si se siguen los procedimientos regulares mencionados, existen posibilidades alternativas de mantener esas condiciones siguiendo procedimientos distintos a los asociados al Estatuto: el establecimiento de mecanismos de acreditación profesional previa añadida a la obtención del título de especialista para poder participar en los concursos de acceso a las plazas puede contribuir a romper de manera más eficaz la tendencia endogámica a adjudicar las mismas a quienes han realizado la residencia en el mismo hospital que pretende cubrir sus necesidades de contratación. Realizar ésta a nivel local, asociando la misma al establecimiento de una relación laboral indefinida sometida a una evaluación periódica del rendimiento personal, y a un doble control, desde los órganos de gobierno de los centros y desde fuera de los mismos, de las políticas de contratación llevada a cabo de esa forma, puede contribuir también de manera quizás más efectiva a lograr la consecución de los objetivos de equidad que deben presidir la contratación del personal de los centros públicos.

c) Uniformidad de normas de aplicación a categorías profesionales distintas.

Un tercer aspecto asociado al mantenimiento previo de los estatutos existentes para distintos tipos de personal sanitario, y el establecimiento posterior, en 2003, de un único Estatuto marco para las totalidad del personal que trabaja en las instituciones sanitarias del antiguo INSALUD, es precisamente el carácter uniforme de sus disposiciones, a aplicar de manera similar al conjunto de las profesiones sanitarias y no sanitarias que trabajan en los centros.

Así como cabe poner en cuestión la idoneidad de algunas de las previsiones del Estatuto (como las que relativas al desempeño “en propiedad” de las plazas, o los mecanismos previstos de acceso a las mismas, a las que se acaba de hacer referencia), que son especialmente aplicables al personal médico y quizás al de enfermería, extender las mismas a otras categorías de personal, tanto facultativo como no facultativo, carece de sentido alguno, y resulta por completo innecesario para el mantenimiento de la calidad de la atención prestada por los servicios públicos sanitarios .

Lo mismo ocurre con otras cuestiones, como la retributiva, y la previsión de generalización a todo el personal, hecha efectiva en algunos casos, de determinados complementos retributivos, como la carrera profesional, establecidos inicialmente sólo para determinados grupos de personal, en especial el médico. La misma observación se repite en lo que se refiere a las condiciones de desempeño simultáneo de plazas en el sector público y el privado, las jornadas laborales, u otras cuestiones, que se han ido haciendo similares sin distinción para todas las categorías sanitarias, e incluso las no sanitarias.

El poder corporativo que se opone en este caso a que se establezcan condiciones distintas y específicas para aquellas categorías sanitarias que las precisan, en especial para los médicos, y de cuyo establecimiento se pueden derivar ventajas para la atención sanitaria prestada, es el de las organizaciones sindicales “de clase”. Mantener una oposición cerrada a una diferenciación razonable de las condiciones de la relación de las distintas categorías profesionales sanitarias con el sistema público sanitario conforme a la posición y la función que cada grupo ocupa y desempeña en el mismo parece responder a una concepción errónea del papel de los servicios sanitarios como instrumentos de solidaridad y redistribución en el conjunto de la sociedad; un papel que no depende de lograr igualar o hacer lo más cercanas posibles las condiciones de trabajo de los distintos grupos de profesionales sanitarios, como ha sido la tendencia del SNS hasta ahora, sino de un funcionamiento adecuado de los servicios sanitarios que proporcione los mejores resultados en términos de calidad y extensión de la atención sanitaria a la totalidad de la población. Esto último no parece posible en tanto se mantengan las condiciones de un estatuto general y uniforme, más aún si éste se sitúa en el ámbito de una relación “funcionarial especial”.

La alternativa a esa relación “estatutaria” definida como “funcionarial especial” podría pasar, a semejanza de lo que ocurre en otros países, por el establecimiento de

modalidades de contratación laboral específica aplicables por todos los centros del SNS para determinadas profesiones sanitarias, de las que las más característica son los médicos, quedando para el resto el régimen laboral general, con las condiciones en las que éste se debe aplicar en el ámbito público. Lo que no implica la supresión del derecho a la negociación colectiva y otros previstos en el Estatuto del empleado público, que se aprobó mediante Ley, la 7/2007, norma que es posterior al estatuto sanitario específico, que seguiría resultando de aplicación.

d) Acceso a la dirección y gestión de las instituciones sanitarias.

Algunas de las condiciones y situaciones previstas en el Estatuto extienden sus efectos más allá de los más inmediatos para el personal concreto al que se aplica el mismo: ocurre así de manera destacada con las situaciones previstas en el propio Estatuto para facilitar el acceso del personal al que resulta de aplicación a la dirección y gestión de las instituciones sanitarias.

Si se parte de la base de la ausencia de capacitación real del personal sanitario en general para el ejercicio de esas funciones, que son de naturaleza distinta y ajena a los contenidos formativos y profesionales que caracterizan a cada profesión sanitaria, las previsiones citadas sólo pueden considerarse como una contribución añadida a dificultar una gestión eficiente de las instituciones sanitarias públicas, y del sistema sanitario público en su conjunto, y a facilitar la arbitrariedad y la politización del nombramiento de los directores y gestores de los centros.

Por su parte, la previsión de situaciones especiales que no estaban contempladas en el estatuto marco original y se han incorporado después al mismo, prefiguran la posibilidad de introducir cambios en la organización y dirección de los centros que, sin un debate previo adecuado, parecen ir dirigidos a abrir la posibilidad de favorecer los intereses de determinados grupos de profesionales para obtener condiciones ventajosas de la segregación e independencia en la gestión de ciertos áreas y servicios, bajo criterios discrecionales de proximidad al poder político sin ningún control: así, por ejemplo, la situación de “*servicios de gestión clínica*”, que figura en la redacción actual del estatuto como artículo 65 bis del mismo, tras su incorporación al texto mediante la disposición final 5.2 de la Ley 10/2013, de 24 de julio (sobre farmacovigilancia e incorporación de determinadas disposiciones europeas en esa materia, ajena por completo a la materia a la que se refiere esa disposición concreta). El propio mecanismo de modificación estatutaria utilizado en este caso, sin ningún

debate previo siquiera para definir el contenido del concepto de “gestión clínica” que se pretende aplicar, que sigue todavía sin disponer de una regulación general, parece expresivo de las razones en el sentido indicado que han guiado la introducción de la citada modificación estatutaria, en línea con lo propuesto por algunos dirigentes de ciertas organizaciones profesionales, como FACME.

La necesidad de profesionales competentes para llevar a cabo una gestión eficiente de las instituciones sanitarias públicas podría satisfacerse mejor al margen del Estatuto mediante el establecimiento de mecanismos de acreditación de las capacidades de gestión de los profesionales, sanitarios o no, que quieran acceder al ejercicio de esas funciones en los centros públicos. Las Escuelas de salud pública y administración sanitaria existentes dependientes de la AGE y las CCAA, podrían elaborar programas formativos homogéneos, y fijar mecanismos de acreditación que podrían ser también aplicados a quienes se forman, de manera cada vez más amplia, en instituciones y escuelas privadas si quisieran acceder a la gestión de las instituciones públicas.

La previsión de un régimen de contratación específico para el desempeño de esas funciones en el ámbito de los centros del antiguo INSALUD, y la especificación de algunas condiciones determinadas de los contratos, como la fijación de una duración ordinaria de los mismos que no coincidiera con la duración de los mandatos políticos de quienes gobiernan las instituciones sanitarias, son medidas que pueden contribuir a una auténtica “profesionalización” de la gestión pública sanitaria, que parece ahora imprescindible si se quiere mejorar eficiencia de la gestión del SNS.

Por otra parte, se debe excluir también que la regulación estatutaria permita introducir cambios potenciales en la organización y gestión de los centros que no hayan sido objeto previo de una regulación específica de estas materias. La sustitución del estatuto actual por una regulación de los contratos a aplicar en el ámbito de los centros del antiguo INSALUD tendría el efecto de suprimir las situaciones, como la de “servicios de gestión clínica”, citadas. De no producirse esa modificación general, la disposición mencionada debería derogarse de manera expresa, a la espera de que se definan, en su caso, con carácter general, los cambios en la organización de los centros que se pretenden llevar a cabo bajo esa denominación.

3.2. La “ordenación” de las profesiones sanitarias.

3.2.1. Tendencias generales.

La descripción hecha en los apartados previos de la evolución más reciente y la situación actual de las profesiones sanitarias en España permite valorar las tendencias generales que rigen principalmente en el momento actual su orientación:

a) Las profesiones sanitarias como garantía de ámbitos restringidos de actuación y reserva de puestos de trabajo.

En primer lugar, la de pretender constituir cada una de ellas (e incluso las especialidades dentro de ellas) en cotos cerrados para el desempeño privativo de actividades y funciones muy concretas y, como consecuencia de ello, en instrumento al servicio de la defensa de puestos de trabajo “propios” de cada profesión.

Esa labor de “cercado” de cada profesión y especialidad actúa de manera aún más contundente en relación con otras profesiones no definidas como “sanitarias”, en términos de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias. (El papel de esa definición por sí misma, que se debe poner en cuestión, parece el de proporcionar una barrera añadida al acceso a las actividades en el sector sanitario de profesionales de otras titulaciones; una barrera que, por otra parte, no impide por completo el acceso a las mismas, pero que sí provoca que su desempeño por parte de esos profesionales no reconocidos como “sanitarios” se realice en condiciones más precarias que las de los que sí lo están, incluso aunque las funciones y actividades que lleven a cabo en el sistema sanitario sean iguales o similares a las de los sanitarios del mismo nivel de titulación).

Esa tendencia a “parcelar” la actividad sanitaria en campos de actuación exclusivos y diferentes, “propios” de cada una de las distintas profesiones, más allá de las disposiciones concretas, ha propiciado además en la práctica una actitud global de escasa cooperación entre ellas. Por el contrario, ha estimulado una actitud general de competencia por el reconocimiento y la apertura de áreas de actividad reconocidas por parte de la mayoría de ellas, en general a expensas de la profesión médica, cuya actividad era y sigue siendo pese a todo la base fundamental del sistema. El papel de aquélla en el sistema sanitario español se encuentra en retroceso manifiesto frente al de otras profesiones, que reivindican de forma mucho más activa su propio papel en el sistema.

Esa tendencia global a la “competencia” más que la cooperación entre profesiones, siquiera las sanitarias, viene de lejos, pero obtuvo refrendo global en diferentes disposiciones de la Ley 44/2003. Ello a pesar de que algunos artículos de la misma, como el 9, de escasa concreción, hacen referencia a las “*relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo*”, indicando que “*la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas*”.

Hay distintos ejemplos de la vida real del sistema sanitario que confirman esas tendencias:

- los biólogos del ámbito de la genética vienen soportando una situación continuada de falta de reconocimiento de su especialidad que se traduce en las dificultades para incorporarlos en posiciones semejantes a las de otros titulados superiores en los servicios públicos sanitarios;

- los lobbies médicos y de la enfermería vienen manteniendo un conflicto prolongado en torno a la regulación de la llamada “prescripción enfermera” en la que, lejos de entender que su desarrollo debería suponer el reconocimiento formal de las necesidades reales de esta profesión en distintas modalidades de su ejercicio para poder ejercer sus propias competencias, una parte de la corporación médica plantea que cualquier regulación de ese concepto supone un detrimento de la profesión médica, mientras que la representación corporativa estatal de la enfermería parece pretender situar la misma en el centro de la esencia de su profesión, lo que no ocurre en ningún otro país;

- a su vez, la misma representación estatal de la enfermería reproduce una actitud excluyente similar en su relación con los técnicos sanitarios, a los que acusa de querer invadir competencias supuestamente “exclusivas” de la enfermería, como la participación en la obtención de muestras, lo que ha llevado a la primera a impugnar ante los tribunales cualquier norma de desarrollo profesional de estos últimos.

b) La representación corporativa de las profesiones sanitarias como instrumento de legitimación de las políticas sanitarias.

En segundo lugar, se puede describir también una tendencia marcada por parte de todos los gobiernos habidos desde la Transición, con independencia de su color político, a considerar a diversas representaciones de las diferentes profesiones

sanitarias más destacadas como base importante de la legitimidad de los distintos gobiernos para adoptar sus decisiones sobre la sanidad y el sistema sanitario, y la manifestación del acuerdo de aquéllas con las políticas adoptadas la mejor justificación de las mismas.

Con el paso del tiempo, la tendencia a obtener el aval de las organizaciones corporativas profesionales para las políticas sanitarias de cada gobierno ha dado lugar a la creación de órganos de participación de aquéllas en diferentes políticas sanitarias, muchos de los cuales obtuvieron su diseño más acabado en la Ley 44/2003. Cabe distinguir la participación prevista en órganos de decisión en las materias formativas (el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, previsto en el artículo 30 de la Ley 44/322003 es el ejemplo más acabado) de la establecida en otros de carácter general y con capacidad meramente asesora (el Foro Profesional, previsto en el artículo 47 de la Ley 44/2003 es el mejor ejemplo; pero los presidentes de los Consejos Generales de Colegios de Médicos, de Enfermería y de Farmacia han sido también cooptados para formar parte del Consejo Asesor de Sanidad en la última legislatura). La firma de diferentes “pactos” con las representaciones corporativas de la profesión médica, farmacéutica y de enfermería han sido el ejemplo más reciente de la continuidad, e incluso la profundización interesada, de esa segunda tendencia.

Como en el caso anterior, esta tendencia a recabar la colaboración de las organizaciones corporativas para apoyar las políticas sanitarias se acompañó inicialmente de una reducción del papel de las organizaciones médicas, que en el momento actual se ha transformado en la equiparación a esos efectos del papel de las organizaciones de las profesiones sanitarias citadas más relevantes.

3.2.2. Desarrollo de la organización corporativa de las profesiones sanitarias.

a) Origen y situación actual de las organizaciones corporativas más importantes.

Algunas situaciones peculiares que se dieron en la época en que se creó el SNS por el Partido Socialista mediante la Ley General de Sanidad (LGS) permiten comprender por qué las tendencias descritas se acompañaron inicialmente de una marcada actitud de minusvaloración de las organizaciones médicas, que se contrapesó con el realce proporcionado a las representaciones de otras profesiones, singularmente la enfermería; esas situaciones peculiares permiten también comprender el papel destacado que tuvieron en una época las posiciones de las organizaciones sindicales

de clase mayoritarias, principalmente la UGT, en la adopción de algunas decisiones que afectaron de manera importante a la organización del SNS.

El punto de partida se sitúa en el diseño de la Ley General de Sanidad por el Partido Socialista. Los análisis llevados a cabo por éste de los grupos que podían oponerse de manera más firme a la transformación del sistema bismarckiano peculiar que existía en España en un servicio nacional de salud a la manera del NHS británico, que constituía el modelo de referencia, reprodujeron, sin profundizar en las peculiaridades de nuestro país en aquel momento, los análisis que acompañaron a la creación de los servicios de salud en otros países más de treinta años antes.

Conforme a estos últimos, el grupo profesional que había presentado mayor oposición a la creación de los servicios públicos en otros países había sido el de los médicos, cuya resistencia se debía a su negativa a perder la forma de ejercicio profesional que consideraban la única acorde con la esencia de su propia profesión. Esa resistencia sólo pudo ser vencida con los incentivos económicos y las concesiones efectuadas en las relaciones contractuales de los profesionales con los nuevos sistemas públicos o semipúblicos que se han descrito más arriba.

Algunos movimientos promovidos desde la cúpula de la Organización Médica Colegial, presidida por entonces por un militante de Alianza Popular, el Dr. Ramiro Rivera, parecieron en aquel momento dar la razón al traslado del análisis mencionado a la situación española. El Dr. Rivera encabezó un intento de organizar una operación de boicot a la ley por parte de los médicos basada en razones de carácter ideológico-profesional como las mencionadas, operación que años después describió el malogrado ministro Ernest Lluch atribuyéndole el nombre de “Operación Primavera” (79). La operación resultó, sin embargo, un completo fracaso, principalmente por la falta de arraigo de la propia Organización colegial entre los médicos, sometidos ya por entonces a una colegiación obligatoria que no les proporcionaba ningún beneficio. El análisis del gobierno socialista del momento adolecía, por otra parte, de otras insuficiencias manifiestas: una parte significativa de los médicos más jóvenes, especialmente los formados a través del sistema MIR, cuyo comienzo hay que situar de manera formal en 1978, pero que venía desarrollándose de manera menos reglada desde principios de los años 70, cifraba sus expectativas de futuro profesional, a la manera inglesa, en la dedicación exclusiva al nuevo servicio público de salud, siempre que en el mismo se garantizaran unas condiciones económicas suficientes como para

poder mantener esa posición. Esos grupos profesionales, los más activos en apoyar sus posturas a través de movimientos asamblearios (la coordinadora MIR y los grupos de médicos más jóvenes de las plantillas hospitalarias) ajenos a la Organización Médica Colegial, no recibieron, sin embargo, una respuesta positiva a sus demandas-propuestas. Respuesta que, para haber tenido el carácter positivo contrario, se debería haber traducido en una mejora general de sus retribuciones, además de otros incentivos profesionales, para lograr una mejora del funcionamiento global del sistema que hiciese patentes las ventajas de la transformación legal efectuada.

La razón principal de la respuesta negativa a esas demandas fue la ausencia de compromiso real y prioridad por parte del Partido Socialista con la creación del SNS en las condiciones de crisis económica que se dieron de manera simultánea en aquella época. Las políticas que se impusieron en el seno del propio partido, sostenidas por los sectores más liberales del mismo, que se oponían a la creación del SNS, significaron la negativa a modificar al alza las condiciones retributivas de los médicos a cambio del aumento y la mejora de su dedicación al sistema, sin renunciar por ello al cambio formal y legal efectuado por la LGS. En esas condiciones, se puede, sin embargo, justificar por muchas razones (84) que la promulgación de la ley no supuso la transformación real del sistema público de salud ni una verdadera universalización de la protección sanitaria.

La cooptación de muchos de los que habían desempeñado un papel principal en los movimientos asamblearios de los médicos para desempeñar funciones de dirección del SNS y, en especial, de los centros sanitarios de los que formaban parte, supuso en la práctica la decapitación de esos movimientos. Años después éstos fueron sustituidos por nuevos movimientos asamblearios dirigidos por médicos de talante similar que no se habían incorporado a funciones de dirección en el sistema, y por la creación de sindicatos médicos. Unos y otros protagonizaron en 1987, sólo un año después de la promulgación de la LGS, el conflicto al que se ha hecho referencia en el apartado descriptivo previo, en el que la organización colegial no representó ningún papel. Sin embargo, esa situación no dio lugar a ningún replanteamiento por parte de los sucesivos gobiernos (socialistas) del momento de la obligatoriedad de la colegiación, ni de la propia organización colegial y el papel formal de representación de los médicos que venía desempeñando.

El vacío en el apoyo profesional a las políticas de los gobiernos del momento fue, sin embargo, relleno por el apoyo de la organización colegial de la enfermería, en aquel momento en manos de sectores de la izquierda profesional, y los sindicatos de enfermería y de clase. Ese apoyo no se produjo en todo caso a cambio de nada: a lo largo de esos años se produjo la transformación sustancial del nivel de titulación de la enfermería que también se ha descrito, que supuso en una primera fase la incorporación de la enseñanza de la enfermería a la universidad con el nivel de diplomatura, un proceso acompañado de mecanismos de “nivelación” teórica de los titulados que habían accedido al ejercicio profesional con un rango inferior de titulación.

Esos mecanismos “transitorios”, cuyo desarrollo se controló por las propias organizaciones corporativas y sindicales con gran flexibilidad temporal en su aplicación, permitieron trasladar a toda la profesión enfermera sin distinción los incrementos retributivos que, por las condiciones retributivas establecidas en el sector público en nuestro país, correspondían a los nuevos niveles de titulación. Esos incrementos retributivos no se acompañaron, sin embargo, de ninguna modificación en las condiciones básicas de ejercicio profesional en el sistema público, salvo la constitución de órganos de dirección independientes a la que ya se ha hecho referencia; lo que supuso que las organizaciones, también la colegial, que habían capitaneado el proceso, ganasen el apoyo más o menos activo, pero en todo caso una representación no discutida, del conjunto de la profesión.

La posterior victoria de los sectores de la derecha profesional en la organización colegial de enfermería, cuyo dominio se mantiene desde hace más de dos décadas, aprovechó esa situación para dirigir el proceso hacia la elevación sucesiva del nivel de titulación, que ha alcanzado en la actualidad el nivel de “grado” universitario, y la obsesión (personificada en el presidente de la organización, que con rasgos paranoides insiste en calificarse como “doctor” por serlo en otra titulación) por la “independencia” de ejercicio respecto a la profesión médica como objetivo principal que ha caracterizado el desarrollo de la enfermería en los últimos años. Esos objetivos encuentran su expresión más acabada en la insistencia con la que se sostiene la reivindicación de la “prescripción enfermera” en unos términos que carecen de comparación con cualquier otro país de nuestro entorno y nivel de desarrollo.

Estos planteamientos corporativos han provocado la desorientación actual de buena parte de los profesionales de la enfermería respecto al ejercicio de su profesión. Han

facilitado y propiciado también movimientos por parte de las ahora escuelas universitarias de enfermería, en el futuro probables facultades de enfermería, para restringir de manera corporativamente interesada el número y el nivel formativo de profesionales en formación, al margen de las necesidades del SNS.

Unos y otros no son, sin embargo, susceptibles de fácil modificación a corto y medio plazo. La posibilidad de hacerlo en un plazo más largo pasan, sin embargo, en todo caso, como en otras profesiones sanitarias por razones distintas, por modificar el papel de la organización colegial, y atribuirle y exigirle el cumplimiento del rol que tienen las organizaciones similares en otros países, consistente en colaborar para garantizar las condiciones de conocimiento y competencia por parte de los profesionales que, disponiendo de la titulación correspondiente, pretenden ejercer la profesión en nuestro país.

Ese papel es contrario y contradictorio con el que viene desempeñando esta organización colegial en concreto, consistente en encabezar, aprovechando la tolerancia de las administraciones públicas, las demandas para recorrer un camino de elevación permanente del nivel de titulación (y con ello de las retribuciones) y de las competencias de los profesionales de la enfermería, en una forma que incrementa el nivel de gasto de manera innecesaria, y no deriva en ventajas apreciables para el SNS.

b) Perspectivas de futuro de las organizaciones corporativas sanitarias.

El único sentido razonable del reconocimiento público de los colegios profesionales es ejercer las tareas de evaluación y control sobre los profesionales colegiados para las que los órganos colegiales estén administrativa, jurídica y técnicamente capacitados.

La historia de los colegios profesionales en España, y en particular las de los colegios sanitarios, permite poner en cuestión que los colegios actuales estén constituidos de tal forma que dispongan en realidad de la capacitación necesaria para llevar a cabo esas funciones de manera adecuada. En ninguna de las profesiones sanitarias el acto de colegiación va más allá de hacer un reconocimiento formal de la titulación académica correspondiente a cada profesión, sin ninguna capacidad para realizar cualquier otra evaluación añadida.

Mantener en esas condiciones la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio profesional, sea en el ámbito público o el privado, ha facilitado poner en manos de quienes ejercen la representación colegial la posibilidad de actuar en ámbitos y

funciones que no suponen en realidad ejercer ninguna responsabilidad en el control del ejercicio profesional sino, por el contrario, la representación corporativa de los grupos de poder que existen en cada profesión por razones diversas, y ejercer la misma en términos políticos, como si representase los criterios e intereses del conjunto de quienes ejercen una determinada profesión, algo que no es propio de ningún sistema democrático. Los ejemplos que se han puesto de manifiesto en los apartados anteriores de este trabajo permiten evitar aquí la repetición de los argumentos señalados. A ellos se les podrían añadir como argumento evidente los “pactos” que se han venido firmando por el actual M^o de Sanidad con los representantes de diferentes profesiones sanitarias, cuyo contenido tiene poco que ver con los que serían los ámbitos propios de unas organizaciones centradas en el control del ejercicio profesional, para tomar posición en cuestiones de carácter general que son propias de ámbitos democráticos generales de debate y decisión.

Por otra parte, volver atrás de esa situación a partir de la organización corporativa actual para centrar a los colegios en el ejercicio de las funciones que les deberían ser propias no parece posible si no se regulan las formas organizativas y de encuadramiento que llevasen en cada caso a la organización corporativa correspondiente a convertirse en órganos centrados en la habilitación y el control del ejercicio profesional, y no en vehículos de los intereses de determinados grupos de poder en cada profesión, o incluso de los intereses de agentes externos al sistema sanitario. De éstos, particularmente la industria farmacéutica y las de otras tecnologías sanitarias utilizan el patrocinio y el apoyo a la representación profesional, por la vía colegial o la de las sociedades científicas que existen de manera paralela a las organizaciones colegiales, para influir a través de ellas, y de su participación en las organizaciones que se han ido creando, en el ámbito de las administraciones sanitarias.

Regular de manera específica la afiliación a cada una de las organizaciones colegiales sanitarias para que éstas ejerzan funciones primordiales de colaboración en el acceso y el progreso en el ejercicio profesional se convierte, por eso, también por esta razón, junto con la derogación de las disposiciones de la Ley 44/2003 que facilitan esas formas de participación colegial (y de otras, como la participación discrecional en el “consejo asesor de sanidad”), en la mejor forma de avanzar en una regulación de las profesiones sanitarias que ponga a ésta al servicio de sistema sanitario, evitando a la

vez que éste se conforme de acuerdo con los intereses corporativos de determinados grupos profesionales de interés.

En la situación actual, esa expresión de intereses se ve facilitada por la combinación de la obligatoriedad de la colegiación con una organización interna de los colegios sanitarios que permite su control por los grupos de interés existentes en cada caso con dosis mínimas de participación electoral. Una situación que se mantiene pese a la marcada inutilidad de los colegios cuando se plantean conflictos en relación con el personal sanitario ajenos a los intereses de los grupos que los dominan, o incluso contradictorios con éstos.

La regulación de las condiciones que exigieran la colegiación y, por tanto, de lo que supone un ejercicio profesional específico en cada caso, así como la forma de organización colegial interna que impidiese de manera específica el control colegial por grupos definidos de profesionales con intereses específicos no generales del conjunto de la profesión, deben ser objeto de normas específicas propias de cada profesión sanitaria:

-un ejemplo manifiesto de la necesidad de normas específicas adaptadas a la realidad de la situación de cada profesión son los colegios de farmacéuticos, dominados por los farmacéuticos propietarios de las oficinas de farmacia, cuyo objetivo principal es mantener la regulación que limita la propiedad de las oficinas de farmacia a los farmacéuticos titulados, una situación que, se analiza de manera más amplia en el apartado siguiente, está entrando en crisis por sí misma por su incapacidad para resolver los problemas de la dispensación y la distribución de productos farmacéuticos.

-en el caso de los médicos, parece esencial vincular en el mismo papel de acreditación de la capacidad profesional a la organización colegial y a las llamadas “sociedades científicas”, uniéndolas en una sola forma de representación, que evite también la parcelación de estas últimas y la carencia de legitimidad democrática de las mismas para desempeñar funciones de representación del conjunto de la profesión, que, sin embargo, están demandando activamente (85), y las pueda reunir por grandes áreas “troncales” para acreditar de manera no interesada la capacidad de ejercicio profesional de todos los profesionales.

-por su parte, la enfermería debería abrirse a distintos niveles de titulación, sin convertir en el objetivo colegial principal el incremento (ineficiente) homogéneo del nivel de ésta (y con ello de las retribuciones de todos los profesionales) sin ninguna

mejora real en la capacidad y la calidad del ejercicio profesional de la mayoría de éstos.

Por el contrario, mantener la adhesión a una norma general como la que se está tramitando, que pretende regir la colegiación en todas las profesiones, sanitarias o no, contribuiría a hacer imposible la modificación de las condiciones descritas.

4. Propuestas

1.- Derogar y declarar a extinguir el actual Estatuto Marco del SNS, y promover un nuevo estatuto que establezca la relación laboral del personal del SNS que acceda a partir de ahora al desempeño de plazas en el mismo, así como los mecanismos transitorios para el acceso a las nuevas plazas por quienes vengan desempeñando hasta ahora plazas "en propiedad" en el propio SNS.

2.- Establecer mediante esa nueva norma legal un catálogo cerrado de tipos de contratación laboral que defina de manera homogénea la contratación indefinida como la propia del personal de las instituciones y centros del SNS y evite las situaciones de precariedad extrema mantenidas en el tiempo que caracterizan buena parte de la contratación actual del SNS.

3.- En el marco de esa definición de las formas de contratación laboral en los centros del SNS, definición de un modelo homogéneo de contrato específico para el personal médico, con posible diferenciación de dos modalidades aplicables a médicos de atención primaria y especialistas hospitalarios, y posibilidad de establecer en cada caso uno o varios niveles de contratación conforme a la capacidad y experiencia acreditada, en todo caso en número limitado, y no vinculados al ejercicio de responsabilidades de carácter organizativo en los centros y servicios. Junto con ello, previsión de los mecanismos de designación y retribución complementaria de quienes, entre el personal contratado de cada centro, ejerzan de manera temporal las responsabilidades organizativas citadas.

4.- Establecer un mecanismo (¿agencia?) estatal de acreditación de la capacidad profesional en cada profesión, complementario de la titulación académica y previo a la contratación por el SNS, para poder optar a esta última. Los mismos órganos que

lleven a cabo la acreditación inicial deberían llevar a cabo evaluaciones periódicas del mantenimiento y, en su caso, el progreso en la misma, que pudieran permitir acceder a puestos de nivel profesional superior en el SNS. En el desarrollo y gestión del órgano correspondiente deberían participar los colegios profesionales que cumplan lo previsto en la propuesta 9 siguiente.

5.- Descentralizar la contratación del personal acreditado siguiendo el procedimiento anterior a los centros públicos del SNS dotados de autonomía de gestión, eliminando los procedimientos centralizados de selección y simplificando éstos a nivel de cada centro mediante ofertas de trabajo gestionadas a nivel local, sometidas en todo caso al control de los órganos de gobierno de cada centro y al de los servicios autonómicos de salud.

6.- Establecer un sistema de acreditación de las capacidades de gestión de los profesionales, sanitarios o no, que quieran acceder al ejercicio de esas funciones en los centros públicos. Elaborar programas formativos homogéneos por las Escuelas de salud pública y administración sanitaria existentes, dependientes de la AGE y las CCAA, y fijación por los mismos de mecanismos de acreditación para el desempeño de esas funciones, que podrían ser también aplicados a quienes se forman en instituciones y escuelas privadas si quisieran acceder a la gestión de las instituciones públicas.

7.- Prever de un régimen de contratación específico para el desempeño de esas funciones en el ámbito de los centros propios del SNS, y especificar algunas condiciones determinadas de los contratos, como la fijación de una duración ordinaria de los mismos que no coincida con la duración de los mandatos políticos de quienes gobiernan las instituciones sanitarias ni se pueda interrumpir sin justificación razonada relacionada con el desarrollo de su gestión.

8.- Modificar las normas que rigen la ordenación de las profesiones sanitarias, en particular la Ley 44/2003, que puedan orientarse a definir cualquier actuación como exclusiva de alguna profesión o titulación específica, y establecer nuevas reglas para los sistemas de contratación que garanticen y permitan el control de los conocimientos y habilidades necesarias para el desempeño de los puestos, y no sólo la exigencia de

una determinada titulación. La misma norma debe modificar la participación de las profesiones sanitarias en los órganos previstos al efecto en el SNS.

9.- Establecer una regulación específica de la colegiación en cada una de las profesiones sanitarias, al margen y diferente de la que se está planteando con carácter general, que se adecue las formas específicas del ejercicio de cada profesión, tanto en

el ámbito público como en el privado. Con carácter general, la obligatoriedad de la colegiación deberá producirse únicamente para aquellos colectivos sobre los cuales los colegios profesionales estén administrativa, jurídica y técnicamente capacitados para ejercer las tareas de evaluación y control sobre los profesionales colegiados.

10.- Excluir de la participación directa en cualquier órgano general de participación profesional en organismos y entidades en el ámbito público a las sociedades científicas de cualquier naturaleza, y vehicular su participación a través de unos colegios profesionales de organización renovada e inscripción obligada conforme al modelo citado en el apartado anterior.

5. Bibliografía del capítulo.

1.- Jovell AJ, Navarro MD. *Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social*. Madrid: Fundación Alternativas. Laboratorio de Alternativas- Documento de trabajo 98/2006. Accesible en: <http://www.falternativas.org/en/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/profesion-medica-en-la-encrucijada-hacia-un-nuevo-modelo-de-gobierno-corporativo-y-de-contrato-social> .

2.- Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. *Professionalism: an ideal to be sustained* . Lancet, 2000; 356: 156-159.

3.- Irvine D. *The performance of doctors*. The Lancet, 1999; 353 (April 3): 1174-1177.

4.-Irvine D. *Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework*, The Lancet, 2001; 358 (november 24): 1807- 1810.

5.- Beck M. *Doctors upset over skill reviews*. Wall Street Journal, July 21, 2014. Accesible en:

<http://www.wsj.com/articles/doctors-upset-over-skill-reviews-1405985224> .

6.- Rabin RC. *Docs Slam Recertification Rules They Call A Waste Of Time*. Kaiser Health News, July 21, 2014. Accesible en: <http://kaiserhealthnews.org/news/docs-slam-recertification-rules-they-call-a-waste-of-time/> .

7.- Rey del Castillo J. *Las condiciones de creación de los servicios públicos universales de salud*. En: *Políticas sanitarias en España: Pasado, presente y futuro del sistema sanitario español*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, marzo 2010. pp. 601-611. Accesible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37066> .

8.- Rey del Castillo J. El desarrollo científico-técnico y corporativo de la profesión médica. En: *Políticas sanitarias en España: Pasado, presente y futuro del sistema sanitario español*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, marzo 2010. pp. 611-615. Accesible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37066> .

9.- Morone JA, Goggin JM. Health Policies in Europe: Welfare States in a market Era. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1995; 20(3): 557-569.

10.- Pollit C. *Managerialism and the Public Service: the Anglo-American Experience*. Oxford- Cambridge: Basil-Blackwell, 1990. Hay edición española: *El gerencialismo y los servicios públicos. La experiencia anglo-norteamericana*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1993.

11.- Lewis S. Chasing CEO talent in healthcare: Is it really about the money?. *Essays*, Longwoods.com, January 2012. Accesible en: <http://www.longwoods.com/content/22718> .

12.- Joynt KE, Le ST, Orav J, Jha AK. *Compensation of Chief Executive Officers at Nonprofit US Hospitals*. *JAMA*, 2014; 174(1): 61-67. Accesible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1748832> .

13.- Rau J. *Pay for hospital-CEOs linked more to technology, patient satisfaction than quality, study finds*. *KHN*, October 14, 2013. Accesible en: <http://kaiserhealthnews.org/news/study-finds-ceo-pay-linked-to-technology-and-patient-satisfaction-not-quality/> .

14.- Rosenthal E. *Medicine's top earners are not the MDs*. *NY Times*, May 17, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/05/18/sunday-review/doctors-salaries-are-not-the-big-cost.html> .

15.- Kaasalainen S. et al. *A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada*. *Nursing Leadership* 2010; 23 (Special Issue

- December): 35-60. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21478686>
- 16.- Iglehart JK. *Expanding the role of Advanced Nurse Practitioners-Risks and Rewards*. NEJM, 2013; 368(20): 1935-1941. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr1301084> .
- 17.- Jauhar S. *Nurses are not Doctors*. NY Times, April 29, 2014. Accesible en: http://www.nytimes.com/2014/04/30/opinion/nurses-are-not-doctors.html?_r=0
- 18.- *Consenso sobre Atención Farmacéutica*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2002. Accesible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm> .
- 19.- *Nursing home care*. Wikipedia. Accesible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_home_care .
- 20.- Rosenthal E. *Apprehensive, many doctors shift to jobs with salaries*. NY Times, February 13, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/02/14/us/salaried-doctors-may-not-lead-to-cheaper-health-care.html> .
- 21.- Goodnough A. *New Law's demand on doctors have many seeking a network*. NY Times, March 2, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/03/03/us/new-laws-demands-on-doctors-have-many-seeking-a-network.html> .
- 22.- *Room for Debate. When the doctor is no longer the boss*. NY Times, March 6, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/roomfordebate/2014/03/05/hospital-systems-vs-private-practice-doctors> .
- 23.- Sen A, Burns LR. *The way forward for Integrated Care: what we've learned from horizontal and vertical integration of physicians*. Voices Blog. Penn Leonard Davis Institute of Health Economics. Accesible en: <http://ldi.upenn.edu/voices/2014/03/31/the-way-forward-for-integrated-care-what-we-ve-learned-from-horizontal-and-vertical-integration-of-physicians> .
- 24.- Frakt A. *Hospital consolidation and health care costs*. The Incidental Economist.com, August 16, 2010. Accesible en: <http://theincidentaleconomist.com/wordpress/hospital-consolidation-and-health-care-costs/> .
- 25.- Frakt A. *The future of health care costs: Hospital-Insurer balance of power*. Expert Voices. NIHCM Foundation, November 2010. Accesible en: <http://www.nihcm.org/component/content/article/407> .

- 26.- Gaynor M, Town R. *The Impact of Hospital Consolidation*. Robert Wood Johnson Foundation, June 2012. Accesible en: <http://www.rwjf.org/en/library/research/2012/06/the-impact-of-hospital-consolidation.html> .
- 27.- Frakt A. *Plans integrated with providers charge higher premiums*. The Incidental Economist.com, July 1, 2013. Accesible en: <http://theincidentaleconomist.com/wordpress/plans-integrated-with-providers-charge-higher-premiums/> .
- 28.- Matthews M. *Hospitals are the big winners*. NY Times, Room for Debate, March 6, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/roomfordebate/2014/03/05/hospital-systems-vs-private-practice-doctors/hospitals-are-the-big-winners> .
- 29.- Frakt A. *Bigger health companies: good for Medicare, maybe not for others*. NY Times, June 23, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/06/24/upshot/bigger-health-companies-good-for-medicare-maybe-not-for-others.html?abt=0002&abg=0> .
- 30.- Baker LC, Bundorf MK, Kessler DP. *Vertical Integration: Hospital ownership of Physician Practices is associated with higher prices and spending*. Health Affairs, May 2014; 33(5): 756-763. Accesible en: <http://content.healthaffairs.org/content/33/5/756.full.pdf+html> .
- 31.- Burns LR, Goldsmith JC, Sen A. *Horizontal and Vertical Integration of Physicians: A Tale of Two Tails*. Advances in Health Care Management, 2013;15:39-117. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24749213> .
- 32.- Zamosky L. *Doctors are shifting their business models*. Los Angeles Times, August 31, 2014. Accesible en: <http://www.latimes.com/business/la-fi-healthcare-watch-20140831-story.html> .
- 33.- *Accountable care organization*. Wikipedia. Accesible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Accountable_care_organization .
- 34.- Fisher E. Shortell SM. *Accountable Care Organizations: accountable for what, to whom, and how*. JAMA, 2010; 304(15): 1715- 1716. Accesible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186729> .

- 35.- Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher E. *Primary care and accountable care- Two essential elements of delivery-system reform*. NEJM 2009, 361(24): 2301-2303. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0909327> .
- 36.- Luft HS. *Becoming accountable - Opportunities and obstacles for ACOs*. NEJM 2010, 363(15): 1389-1391. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1009380> .
- 37.- Greaney TL. *Accountable Care Organizations- The fork in the road*. NEJM 2011; 364: e1. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1013404> .
- 38.- Rosenthal MB, Culer DM, Feder J. *The ACO Rules- Striking the balance between participation and transformative potential*. NEJM 2011; 365: e6. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1106012> .
- 39.- Ginsburg PB. *Spending to save- ACOs and the Medicare Shared Savings Program*. NEJM, 2011; 364(22): 2085-2086. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1103604> .
- 40.- Berwick DM. *Making good on ACOs' promise- The Final Rule for the Medicare Shared Savings Program*. NEJM, 2011; 365(19): 1753- 1756. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1111671> .
- 41.- Stecker EC. *The Oregon ACO Experiment- Bold design, challenging execution*. NEJM 2013; 368(11): 982- 984. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1214141> .
- 42.- Haywood TT, Kosel KC. *The ACO model- A three-year financial loss?*. NEJM 2011; 364: e27. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1100950> .
- 43.- McWilliams JM, Song Z. *Implications for ACOs of variations in spending growth*. NEJM 2012; 366: e29. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1202004> .
- 44.- Evans M. *Providers see little enthusiasm to join Pioneer ACOs*. Modern Healthcare, September 1, 2014. Accesible en: <http://www.modernhealthcare.com/article/20140901/NEWS/309019991/providers-see-little-enthusiasm-to-join-pioneer-acos> .
- 45.- Lowery W. *For 17th time in 11 years, Congress delays Medicare reimbursement cuts as Senate passes "doc fix"*. Washington Post, March 31, 2014. Accesible en: <http://www.washingtonpost.com/blogs/post-politics/wp/2014/03/31/for-17th-time->

[in-11-years-congress-delays-medicare-reimbursement-cuts-as-senate-passes-doc-fix/](#) .

46.- Guterman S. *The "Doc Fix"-Another Missed Opportunity*. NEJM 2014; 370:2261-2263. Accesible en:

http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1401460?query=featured_home .

47.- Chernew M. *Paying For The 'Doc Fix'* . Health Affairs Blog, March 26, 2015. Accesible en: <http://healthaffairs.org/blog/2015/03/26/paying-for-the-doc-fix/> .

48.- Radelat A. *Congress 'doc fix' would halt big drop in Medicare fees*. The CT Mirror, March 17, 2015. Accesible en: <http://ctmirror.org/2015/03/17/congress-doc-fix-set-to-halt-big-drop-in-medicare-fees/> .

49.- Russell V. *NHS mutuals improve patient care, say health experts*. Public Finance, 15 July 2014. Accesible en: <http://www.publicfinance.co.uk/news/2014/07/nhs-mutuals-improve-patient-care-say-health-experts/> .

50.- Ham C. *NHS: the feeling is mutual*. Public Finance, 21 July 2014. Accesible en: <http://opinion.publicfinance.co.uk/2014/07/nhs-the-feeling-is-mutual/> .

51.- Ham C. *Improving NHS Care by Engaging Staff and Devolving Decision-Making*. London: The King's Fund, 15 July 2014. Accesible en: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/improving-nhs-care-engaging-staff-and-devolving-decision-making> .

52.- *Start a public service mutual*. London: Gov.UK. Accesible en: <https://www.gov.uk/government/get-involved/take-part/start-a-public-service-mutual> .

53.- Jaques H. *GPs must not be left out of clinical commissioning, warns BMA*. BMJ 2012; 344: e3724. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3724>

54.- Schroeder S, Frist W. *Phasing out fee-for-service payment*. NEJM 2013; 368:2029-2032. Accesible en:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs1302322> .

55.- Werner R, Kolstad JT, Stuart EA, Plsky D. *The effect of pay-for-performance in hospitals: Lessons for quality improvement*. Health Affairs 2011; 30(4): 690- 698. Accesible en: <http://content.healthaffairs.org/content/30/4/690.full> .

56.- Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM. *The long-term effect or premier pay for performance on patient outcomes*. NEJM 2012; 366(17): 1606-1615. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1112351> .

- 57.- Woolhandler S, Ariely D. *Will pay for performance backfire? Insights from behavioral economics*. Health Affairs Blog, October 11th, 2012. Accesible en: <http://healthaffairs.org/blog/2012/10/11/will-pay-for-performance-backfire-insights-from-behavioral-economics/> .
- 58.- Sutton M et al. *Reduced mortality with hospital pay for performance in England*. NEJM 2012; 367(19): 1821- 1828. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1114951> .
- 59.- Serumaga et al. *Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study*. BMJ 2011; 342: d108. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d108>
- 60.- Epstein AM. *Will pay for performance improve quality of care? The answer is in the details*. NEJM 2012; 367 (19): 1852- 1853. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1212133> .
- 61.- Woolhandler S, Ariely D, Himmelstein D. *Why pay for performance may be incompatible with quality improvement*. BMJ 2012; 345: e5015. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5015> .
- 62.- Carroll AE. *The problem with "pay for performance" in medicine*. NY Times, July 28, 2014. Accesible en: http://www.nytimes.com/2014/07/29/upshot/the-problem-with-pay-for-performance-in-medicine.html?_r=0&abt=0002&abg=0 .
- 63.- García-Prado A, González P. *Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector*. Health Policy 2007; 84: 142-152. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17449134> .
- 64.- González P, Macho-Stadler I. *A theoretical approach to dual practice regulations in the health sector*. Journal of Health Economics 2013; 32: 66-87. Accesible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629612001142> .
- 65.- Campbell EG. *A National Survey of Physician–Industry Relationships*. NEJM 2007; 356:1742-1750. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa064508> .
- 66.- Rothman DJ, Chimonas S. *New Developments in Managing Physician-Industry Relationships*. JAMA, 2008; 300 (9).1067-1069. Accesible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=182477> .
- 67.- Agrawal S, Brennan N; Budetti P. *The Sunshine Act-Effects on physicians*. NEJM 2013; 368(22): 2054- 2057. Accesible en:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1303523> .

68.- Rey del Castillo J. El personal en los procesos de descentralización sanitaria. En: Rey del Castillo J. Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español. pp. 313-363. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.

69.- Rey del Castillo J. *Las políticas relacionadas con el personal sanitario*. En: *Políticas sanitarias en España: pasado, presente y futuro del sistema sanitario español*. Madrid: Universidad Autónoma, 2010. Tesis doctoral. pp. 93-109; 700-715. Accesible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37066> .

70.- Rey del Castillo J. *Las normas sobre personal: la Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias (LOPS) y el Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud*. En: *Políticas sanitarias en España: pasado, presente y futuro del sistema sanitario español*. Madrid: Universidad Autónoma, 2010. Tesis doctoral. pp. 538-551. Accesible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37066> .

71.- Rey del Castillo J. *La Oferta Pública de Empleo (OPE) de 2001*. En: *Políticas sanitarias en España: pasado, presente y futuro del sistema sanitario español*. Madrid: Universidad Autónoma, 2010. Tesis doctoral. pp. 492-505. Accesible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37066> .

72.- Monsó N. *Un 41,6% de médicos trabaja en precario*. Diario Médico, 13 marzo 2015, p. 5. Accesible en: http://quiosco.diariomedico.orbyt.es/epaper/epaper.asp?tpu=DIARIOMEDICO&pub=13_03_2015&edi=DIARIOMEDICO .

73.- Martínez Fonseca J. *El SNS es la mayor empresa de trabajo temporal, según la Organización Médica Colegial*. Acta Sanitaria, 12 marzo 2015. Accesible en: <http://www.actasanitaria.com/el-sns-es-la-mayor-empresa-de-trabajo-temporal-segun-la-organizacion-medica-colegial/> .

74.- García D. *El paro médico sumergido llega al 27%*. Redacción Médica, 12 marzo 2015. Accesible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-omc-denuncia-que-el-paro-sumergido-en-la-profesion-medica-llega-al-27-por-ciento-79341> .

75.- *Estudio sobre la Situación Laboral de los Médicos en España- Segunda Oleada*. Madrid: Organización Médica Colegial, 12 marzo 2015. Accesible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/segundo_muestreo_encuesta_situacion_labor_al_medicos_12_marzo_2015.pdf .

76.- Cristóbal C. *El 96% de los contratos formados por sanitarios en 2013 fueron temporales.* Redacción Médica, 27 marzo 2014. Accesible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/el-96-de-los-contratos-a-sanitarios-en-2013-son-temporales-2433> .

77.- Redacción Madrid. *Uno de cada tres profesionales sanitarios teme ser despedido.* Madrid, Redacción Médica, 1 julio 2014. Accesible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/uno-de-cada-tres-sanitarios-teme-ser-despedido-9737> .

78.- Metges de Catalunya. *MC denuncia que un 20% de la plantilla médica de los hospitales del ICS tiene condiciones laborales precarias.* 25 mayo 2014.

Accesible en:

<http://www.metgesdecatalunya.cat/es/articulos/mc-denuncia-que-un-20-de-la-plantilla-medica-de-los-hospitales-del-ics-tiene-condiciones-laborales-precarias> .

79.- Lluch E. (1998). *La “operación primavera” contra la Ley General de Sanidad.* En: Ortega F, Lamata F. (coords). *La década de la reforma sanitaria.* Madrid, Ex Libris Ediciones. P. 29– 34.

80.- Organización Médica Colegial. *Especialidades médicas españolas reconocidas en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo.* Madrid: Organización Médica Colegial, 2015. Accesible en:

http://www.cgcom.es/europa_al_dia/1999/10 .

81.- Hernández Yáñez J. *Propuesta de organización corporativa de la profesión médica Documento de trabajo 127/2007.* Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2007. Accesible en:

file:///D:/Usuarios/jrey/Downloads/340d_14-02-08_doc127.pdf .

82.- Hernández Yáñez J. *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades.* Documento de trabajo 162/2010. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2010. Accesible en: <file:///D:/Usuarios/jrey/Downloads/doc162.pdf> .

83.- Nieto A. *Estudios históricos de Administración y Derecho administrativo.* Madrid: INAP, 1986.

84.- Rey del Castillo J. *Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud. Documento de Trabajo 173/2011.* Madrid: Fundación Alternativas, 2011. Accesible en: <file:///D:/Usuarios/jrey/Downloads/Doc173.pdf> .

85.- Serrano A. *Las sociedades quieren más voz en temas científicos y de gestión.*
Diario Médico, 22 septiembre 2014, p. 13. Accesible en:
http://quiosco.diariomedico.orbyt.es/epaper/epaper.asp?tpu=DIARIOMEDICO&pub=22_09_2014&edi=DIARIOMEDICO .

Capítulo 6. Las relaciones con los proveedores, en especial la industria farmacéutica, en el Sistema Nacional de Salud

Índice

1. La situación de la industria farmacéutica en el mundo.....	319
1.1. La innovación tecnológica y el gasto sanitario.....	319
1.2. Características de las empresas de fabricación y distribución de las tecnologías sanitarias.	324
1.2.1. La industria farmacéutica.....	324
a) Capacidad económica.	
b) Otras características organizativas y estructurales.	
c) La capacidad de influencia de la industria farmacéutica.	
d) El control de la orientación de la innovación.	
e) Las industrias farmacéuticas y tecnológicas como actores políticos.	
f) La capacidad legal de las industrias farmacéuticas y tecnológicas.	
1.2.2. Los sistemas de distribución y dispensación de productos farmacéuticos.	336
a) Aspectos generales del ejercicio profesional farmacéutico.....	336
b) El ejercicio profesional farmacéutico en la Unión Europea.....	
1.3. El control de la producción y el coste de los productos sanitarios, en especial los farmacéuticos.....	343
1.3.1. El control de seguridad.....	343
a) Creación de organismos de control	
b) Ensayos clínicos	
c) Organismos supranacionales	
d) Constitución interna de la "agencias" evaluadoras	
e) Efectos de las medidas adoptadas sobre la seguridad de los productos	

1.3.2. El control de costes.....	349
a) Algunas consideraciones previas.	
b) Regulaciones e intervenciones públicas utilizadas para el control del gasto farmacéutico.	
c) La utilización de copagos.	
d) La valoración del coste-efectividad de los productos y la constitución de agencias de evaluación.	
d.1) la creación de agencias de evaluación.	
d.2) Metodología de trabajo de la evaluación económica de medicamentos y otros productos sanitarios.	
d.3) Otros factores que influyen sobre los efectos de la evaluación de tecnologías.	
e) Medidas específicas dirigidas al control y reducción del gasto farmacéutico y tecnológico.	
f) La evolución del gasto en medicamentos en los países europeos.	
g) Las medidas de control y reducción del gasto farmacéutico secundarias a la crisis en Europa.	
g.1) Recortes en los precios de los medicamentos.	
g.2) Exclusión de listados de medicamentos de la financiación pública.	
g.3) Modificación de los copagos previos.	
2. Las industrias farmacéuticas y tecnológicas y otros proveedores sanitarios en España y su relación con el SNS.....	378
2.1. La situación de las empresas farmacéuticas en España.....	379
2.1.1. Características estructurales.	379
2.1.2. Actividad económica.....	380
a) Producción	
b) Empleo.	
c) Gasto en I+D.	
2.2. Los sistemas de distribución y dispensación de los productos farmacéuticos en España.....	384

2.3. Algunas peculiaridades del gasto farmacéutico en España.....	389
2.3.1. El gasto en recetas del SNS.....	389
2.3.2. El gasto farmacéutico hospitalario.....	391
2.3.3. La relación gasto público/gasto privado en medicamentos.	393
2.3.4. Las medidas para la reducción del gasto farmacéutico a partir de 2010.	395
a) Las medidas adoptadas por el PSOE.	
b) Las medidas adoptadas por el PP.	
3. Análisis de posibles propuestas de modificación de la relación con los proveedores por parte del SNS.....	401
3.1. Objetivos generales de los cambios que se proponen.....	401
3.2. Procedimientos para mantener controlado o reducir el gasto farmacéutico en España.....	403
3.2.1. Limitación a efectos de los cambios en las regulaciones generales españolas sobre productos farmacéuticos.	404
3.2.2. Mecanismos de autorización de la comercialización y de la fijación de precios.....	405
3.2.3. La firma de acuerdos globales de gasto con la industria farmacéutica.....	408
3.2.4. Modificación de las normas que regulan la apertura y el funcionamiento de las oficinas de farmacia.	409
3.2.5. Creación de una agencia de evaluación de tecnologías del SNS.....	411
3.2.6. Constitución de una central de compras del SNS.....	413
3.2.7. Modificación de los copagos aplicados desde 2012 para el acceso a la prestación farmacéutica en el SNS.....	415
3.2.8. Medidas dirigidas a reducir la influencia de la industria farmacéutica y otras tecnológicas sobre los profesionales, cargos y altos cargos del SNS.	417
a) En el caso de los médicos.	
b) En relación con los cargos del SNS y altos cargos de las administraciones que tienen relaciones de distinta naturaleza con las empresas farmacéuticas y tecnológicas.	

c) En el caso de las actividades de investigación patrocinadas o relacionadas con las empresas farmacéuticas y tecnológicas.

3.2.9. Medidas dirigidas a complementar la financiación orientada a facilitar y promover el acceso igualitario a la innovación.....	420
4. Propuestas.	421
5. Bibliografía del capítulo.....	424

1. La situación de la industria farmacéutica en el mundo.

1.1. La innovación tecnológica y el gasto sanitario.

Las referencias a la situación actual de la industria farmacéutica (y las de otras tecnologías sanitarias) en el mundo debe inevitablemente comenzar por señalar que el gasto en los productos farmacéuticos, y en menor grado en otros productos tecnológicos, es en la actualidad la razón principal del aumento creciente del gasto sanitario en todos los países desarrollados.

Ese aumento del gasto que, por el ritmo de crecimiento que mantiene, es difícil y casi imposible de controlar y sostener en todos ellos, constituye por sí mismo un problema que afecta a las economías de todos, que ven cómo una parte creciente de la riqueza generada en cada uno, medida en términos proporcionales del PIB, va a parar al gasto sanitario, en detrimento de otros sectores de la economía de cada país.

Superadas fases de análisis previas en las que se atribuía la justificación del incremento del gasto sanitario primero a la extensión de la cobertura sanitaria pública llevada a cabo en los países desarrollados y, conseguida aquella de una u otra manera en la mayoría de ellos, al envejecimiento de la población, en el momento actual *“la literatura económica pone en relación el crecimiento de los beneficios sanitarios con costosos productos innovadores...Por supuesto, la tecnología no crece de manera espontánea. La tecnología se compra, y a un coste considerable. La voluntad por parte de los países desarrollados de pagar proporciones crecientes de sus ingresos por la tecnología médica avanzada y los nuevos medicamentos sugiere que la salud en un “bien de lujo”, con una elasticidad mayor que uno”* (1).

La puesta en relación del incremento de los costes sanitarios con la introducción permanente de las innovaciones tecnológicas más recientes, sin ventajas añadidas respecto al arsenal diagnóstico y terapéutico previamente disponible tanto en términos de eficacia como económicos de coste –beneficio, permitió considerar hace unos años, precisamente los previos a la crisis, un cierto grado de ralentización tanto en la generación de productos verdaderamente novedosos como en los costes derivados de la misma.

En ese momento se destacaban las dificultades que se venían dando para el desarrollo de nuevos productos con los métodos “tradicionales” de la síntesis química y el coste creciente de la investigación en este campo, debido al menos en parte a los controles más rigurosos establecidos en los ensayos clínicos para garantizar al menos la seguridad de los productos. Junto con ello se estaba produciendo la caducidad de las patentes de los primeros medicamentos específicos de marca, lo que daba lugar a la posibilidad de su sustitución por medicamentos genéricos, de precio inferior; una política que ha venido siendo activamente combatida desde siempre por los laboratorios “innovadores” por distintas vías. Se especulaba entonces con que ese conjunto de circunstancias podrían supuestamente poner en cuestión la situación del sector (2).

Se trataba, sin embargo de una apreciación poco exacta, que no tenía en cuenta la capacidad de adaptación y renovación del sector tecnológico sanitario, y en particular el farmacéutico:

- la “revolución terapéutica” con productos verdaderamente innovadores tuvo lugar principalmente entre 1935 y 1975. A partir de esa fecha la verdaderas innovaciones eran cada vez más raras, mientras que en el lanzamiento de nuevos productos predominaban los de efectos similares a otros ya desarrollados, con variaciones escasas en su composición, pero precio siempre superior (3), lo que por la industria se ha venido justificando siempre como una contribución necesaria para mantener la investigación (4). El efecto fue la multiplicación geométrica de nuevas moléculas lanzadas al mercado en las últimas décadas que, pese a carecer de ventajas terapéuticas significativas añadidas, continuó contribuyendo, sin embargo, de manera significativa al aumento del gasto en el sector (5).

- la introducción de técnicas asociadas a la biología (biotecnologías), vinculadas a cambios estructurales (fusiones o adquisiciones de empresas biotecnológicas de menor tamaño por la industria farmacéutica tradicional) en la organización del sector han provocado cambios sustanciales en ese panorama : en ciertas áreas específicas, como son determinados tipos de cánceres, se están logrando avances significativos con nuevos productos biotecnológicos (anticuerpos monoclonales o de otro tipo), en muchos casos “personalizados”. En otras áreas, como el tratamiento de enfermedades muy extendidas producidas por virus (SIDA; hepatitis C), antes mortales en buena parte de los casos, se están produciendo avances muy significativos que acercan esos procesos a su cronificación, abriendo incluso las puertas a la posibilidad de su

curación. Para otro tipo de enfermedades con componentes autoinmunes (como la artritis reumatoide, pero también la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la diabetes u otras) se están generando también nuevos productos de esta naturaleza. (Las perspectivas abiertas por la combinación de la química y la biología se pueden ver, por ejemplo, en el número de diciembre de 2006 (volumen 2 número 12) de la revista *Nature Chemical Biology*).

La valoración de los efectos positivos de estos nuevos productos en términos de mejora de la calidad y la esperanza de vida frente a otros medicamentos ya existentes de la misma u otra naturaleza está en todo caso sometida a una enorme presión (incluido un marketing especialmente activo de los mismos en los medios de comunicación generales) para incorporarlos con rapidez a la práctica clínica (6). Lo que se justifica en términos económicos por las ventajas de esa naturaleza para el productor derivadas de ser el primero en lanzar cualquier producto al mercado (7).

El problema añadido de estos nuevos productos es en todo caso su coste, relacionado principalmente con el precio que se establece para ellos, mediante procedimientos que no se justifican sobre todo por sus costes de producción, sino, en muchos casos y países, por la influencia opaca de la industria en su determinación: (8); un coste que cuando menos dificulta, si no impide, la difusión de su utilización (9). Esta situación, al margen o con carácter añadido a otras razones, ha cambiado de manera no sólo cuantitativa, sino también cualitativa, cuantas valoraciones puedan hacerse sobre la sostenibilidad económica de los sistemas de salud.

El ejemplo más reciente del precio del sofosbuvir (su nombre comercial *Sovaldi*) recientemente aceptado para el tratamiento de la hepatitis C, con efectos curativos que se acercan al 90% de los casos de esta enfermedad, y conocido en los Estados Unidos como “la píldora de los 1.000 dólares”, por su coste diario (10), que supone 85.000 dólares por el tratamiento de una sola persona en los Estados Unidos (hay 180 millones de afectados en todo el mundo, más de tres en ese país y casi uno en España), permite comprender los efectos destructivos sobre cualquier sistema sanitario público o privado que pretendiera asumir de manera inmediata esos costes para la totalidad de los pacientes que se podrían beneficiar de su utilización. (Es curioso que en los Estados Unidos fueron las demandas de las compañías privadas de seguro (11), que allí cubren a casi el 60% de la población, las que provocaron la intervención de dos senadores, republicano y demócrata, requiriendo que el laboratorio que produce el medicamento (Gilead) justifique las razones de un precio

tan elevado como el aplicado al producto (12; 13). La defensa de los intereses privados adquiere en muchos casos más contundencia que si se trata de defender los sistemas públicos. A las razones que pueden explicar ese hecho se alude más adelante).

En el mundo “global” en el que vivimos, el interés económico de las compañías farmacéuticas prima sobre cualquier otra consideración relativa a la salud de las poblaciones: en el caso de la hepatitis C, como quiera que la mayor parte de los pacientes de esta enfermedad están en países en desarrollo (Egipto tiene cerca del 80% de su población infectada) , el propio laboratorio fabricante está aplicando políticas de concesiones para producir el medicamento a precio más barato en la India, un país en desarrollo con capacidad de producción, para copar con el producto “licenciado” allí y a precio mucho más bajo la venta restringida a países de menor nivel de desarrollo (14; 15).

Por otra parte, el precio del Sovaldi no es una excepción en medio de un mar de precios razonables de los nuevos productos biotecnológicos que pudieran ser susceptibles de ser asumidos sin problemas por los sistemas de salud, al menos los de los países desarrollados: 11 de los 12 productos anticancerosos de este tipo cuya comercialización se aprobó en 2012 por la FDA norteamericana, y cuyo uso se generalizó con rapidez a partir de entonces, tenían un coste por tratamiento de cada paciente superior a los 100.000 dólares. El precio de algunos productos para enfermedades muy concretas, como la fibrosis quística, o algunas enfermedades de origen genético, superaba el mismo año los 300.000 dólares por tratamiento (16).

Sin embargo, el Sovaldi sirve también como ejemplo de que el problema de estos productos no es sólo el precio, sino la incidencia de la enfermedad que se pretende tratar, y su difusión entre la población. En esto el producto citado se parece más a los productos elaborados mediante la síntesis química tradicional para el tratamiento de enfermedades comunes de más difusión. Una condición que lo diferencia de otros productos biotecnológicos, como el Enbrel (nombre norteamericano), para el tratamiento de la artritis reumatoide, o el Herceptin, para determinados tipos genéticos de Ca de mama, o el Gleevec, para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica, todos ellos procesos con una limitada incidencia .

Para contrarrestar las llamadas de atención sobre los problemas que suponen para todos los sistemas sanitarios la comercialización y la utilización generalizada de estos productos (que desde la opinión pública se pretende llevar a cabo sin límites; para el

caso del Sovaldi en España ver (17)) se utilizan dos clases de argumentos: es previsible que la aparición a medio plazo de medicamentos biosimilares (los mismos efectos pero distinto mecanismo de generación y acción) produzca una reducción significativa de los precios de los productos inicialmente aprobados con precios muy elevados (18). Por otra parte, un análisis económico adecuado permitiría valorar los efectos de ahorro sustantivo a largo plazo que se derivarán de la utilización de estos nuevos productos, incluidos entre ellos diferentes tecnologías diagnósticas y terapéuticas, evitando con ellos el uso de otras vías de diagnóstico y tratamiento de las mismas patologías en fases de desarrollo más avanzadas, que resultarían más complejas y globalmente más costosas (19).

Por mucho que esos efectos futuros puedan preverse razonablemente, los mismos no impiden, sin embargo, los efectos de “shock” que la comercialización de estos nuevos productos está provocando de manera inmediata en todos los sistemas sanitarios (16). Unos efectos potenciados más aún por los recortes en la financiación a los que están sometidos todos los sistemas sanitarios como respuesta a la crisis económica.

Por otra parte, esta carrera, guiada ante todo por intereses económicos, está dejando de lado la producción de otro tipo de medicamentos imprescindibles, como los antibióticos (20). El mal uso de los previos está dando lugar a la multiplicación de resistencias frente a los mismos sin que se disponga de nuevas alternativas terapéuticas eficaces. Por su parte, los laboratorios tardan en lanzar éstas al mercado para evitar el efecto transitorio de las patentes y la aparición de genéricos autorizados una vez acabados los plazos de aquéllas: se calcula que cualquier producto que pierde la patente por haber transcurrido el plazo de su vigor pierde el 80% de su mercado en un año (21).

Las mismas razones económicas están también haciendo derivar el interés de la mayoría de los laboratorios hacia enfermedades “raras”, que carecían hasta hora de tratamiento y que afectan a grupos reducidos de población: los resultados económicos más limitados de los productos, especialmente los de origen biológico para tratar enfermedades que reúnen esas dos características, los convierten, sin embargo, en objetivos de desarrollo preferente, dados los costes más limitados de su investigación y la mayor dificultad de demostrar la bioequivalencia de otros. El número reducido de pacientes susceptibles de su utilización los convierte también en más aceptables

incluso para las aseguradoras privadas (21) que, pese al elevado coste unitario de muchos de ellos, resulta de aplicación limitada, con un coste global menor.

Ese conjunto de factores diversos convierte a la industria farmacéutica en el momento actual en el agente externo a los servicios sanitarios más determinante de su evolución en todos los países. Un agente que, por otra parte, no es susceptible de control por ninguno de ellos de manera individual, dadas las características de su desarrollo y su situación, a las que se hace referencia a continuación.

1.2. Características de las empresas de fabricación y distribución de las tecnologías sanitarias.

1.2.1. La industria farmacéutica.

El panorama global de la industrias de tecnologías sanitarias, en especial la industria farmacéutica, queda bien resumido en el enunciado de un artículo sobre la situación en este sector publicado por el experto en teoría de las organizaciones Henry Mintzberg en 2006 que titulaba: “*Un sinsentido manifiesto: las evidencias nos hablan de una industria fuera del control social*” (22). Las razones que explican esa situación, en la que la propia industria es capaz de imponer a los gobiernos de todos los Estados sus criterios en distintos aspectos, entre ellos el nivel de precios de sus productos, constituyéndose en el mejor ejemplo de esa capacidad de imposición sobre los criterios políticos de aquéllos (23), tienen que ver con las características organizativas y económicas de estos sectores, que se describen a continuación.

a) Capacidad económica.

Detrás de ese desarrollo tecnológico innovador, que incluye de una manera destacada a los medicamentos, hay un sector industrial muy potente, en especial el farmacéutico, que se ha desarrollado exponencialmente a partir de los años 80, hasta convertirse en el primer sector industrial por beneficios obtenidos (en el gráfico siguiente se comparan los beneficios netos obtenidos sobre activos después de impuestos por la industria farmacéutica en USA en relación con otros sectores industriales entre 1995 y 2009) o por capitalización bursátil (lo que puede observarse en las empresas de distintos países, algunas de las cuales, como las americanas Pfizer y Johnson&Johnson, se encuentran entre las primeras del mundo por este concepto, y otras entre las de sus propios países de origen, como ocurre en Suiza, Reino Unido,

Francia o Dinamarca, países todos ellos donde radican empresas destacadas de este sector)².

El proceso de capitalización creciente de esta industria se debe a la conjunción de diversos factores, entre ellos, la consolidación de los activos fijos a largo plazo, la existencia de barreras de entrada prácticamente infranqueables, el beneficio operativo continuado sobre ventas e inversión, el posicionamiento competitivo global como estrategia global sostenible, y la capacidad de influencia sobre los agentes decisores del sector. A esta última cuestión se hace referencia más amplia en el apartado siguiente (24).

b) Otras características organizativas y estructurales.

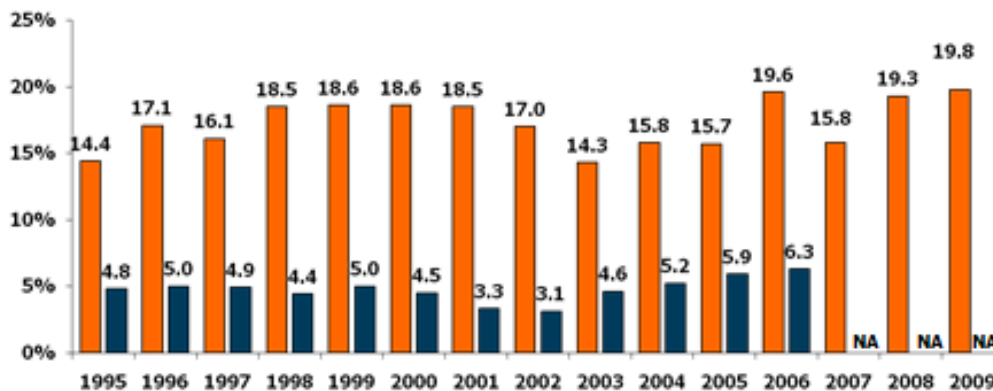
Lo que caracteriza sobre todo a la industria farmacéutica es su enorme capacidad de adaptación, que le está llevando a plantear soluciones organizativas y estructurales diversas a los problemas que se le plantean a su desarrollo y expansión (25). Entre esas medidas se encuentran:

*los procesos de fusión entre empresas (“*mergers*”), que se están produciendo de manera muy activa desde hace años con distintos fines, entre ellos el de lograr la captación casi monopolista de sectores terapéuticos íntegros, lo que aumenta su capacidad de negociación de los suministros y precios (26).

²El sector de los “dispositivos sanitarios” (*medical devices*) incluye desde las prótesis de rodilla o cadera, los marcapasos, las prótesis valvulares cardíacas, los stent coronarios, los catéteres utilizados en diagnóstico y tratamiento, los desfibriladores automáticos, los endoscopios para diferentes órganos y aparatos, incluidas las más recientes cápsulas endoscópicas, y otros muchos. Los márgenes de beneficio neto (*operating profit*) en estos sectores tecnológicos se estiman entre el 23 y el 30%, a la vez que las inversiones en los mismos están creciendo a un ritmo más rápido incluso que en el farmacéutico (26’).

Gráfico 2. Evolución de la rentabilidad en beneficios netos sobre activos de la industria farmacéutica en los Estados Unidos en comparación con otros sectores industriales entre 1995 y 2008.

Profitability of Pharmaceutical Manufacturers, 1995-2009



Note: Percent is the median percent net profit after taxes as a percent of firm revenues for all firms in the industry. NA = no longer available.

Source: Kaiser Family Foundation and Sonderegger Research Center, Prescription Drug Trends: A Chartbook Update, November 2008, Exhibit 4.11, at <http://www.kff.org/insurance/3161-index.cfm>, updated with data from Fortune, Fortune 500 Industry Rankings: April 14, 2003, Vol.147, No.7, p. F-26; April 5, 2004, Vol. 149, No.7, p. F-26; April 18, 2005, Vol. 151, No.8, p. F-28; April 17, 2006, Vol.153, No.7, p. F-26; April 30, 2007, Vol.155, No.8, p. F-32; 2007 and 2008 numbers from Fortune 500 online at <http://money.com/industry/f500online>; 2009 numbers from personal communication with Fortune magazine.



Entre los procesos de fusión más recientes, que afectan en muchos casos a empresas que proceden de fusiones anteriores, se pueden citar (27) la compra de Wyeth por Pfizer (que ya había comprado en 2000 Warner-Lambert, y en 2003 Pharmacia), o la de Schering-Plough por Merck. Pfizer ha realizado este mismo año varios intentos, que no han llegado a consumarse, de comprar Astra-Zeneca. Novartis ha pactado una compleja operación de intercambio de activos con GSK, que ha llevado a la primera a quedarse con la división oncológica de la segunda, y a ésta, a la inversa, a absorber la de vacunas de la primera (28; 29)). Por su parte, Bayer ha adquirido la división de medicamentos sin receta de Merck (30), y Abbott la chilena CFR Pharmaceuticals (31).

Estos procesos, que en el caso de las empresas farmacéuticas, y a diferencia de los que ocurre en otros sectores productivos, suelen resultar en retornos positivos para sus accionistas (32), no están, sin embargo, exentos de riesgos; sobre todo si se pretenden integrar los equipos de investigación de las empresas que se fusionan (33; 34). En todo caso, suelen llevar aparejada una reducción notable de las plantillas de las nuevas

empresas (35), que pueden obrar en detrimento de la capacidad de investigación de los productos que se estuvieran desarrollando por cada una (22).

En el caso de las empresas norteamericanas, y al igual que en otros sectores industriales, la compra de empresas de otros países puede tener el objetivo complementario de cambiar la sede fiscal de la empresa compradora y evadir impuestos con ello (36; 37).

*la constitución de empresas “federadas”, mediante las que permitir la separación formal de las distintas fases (investigación, producción) del desarrollo de los nuevos productos hasta su comercialización; también la introducción de los laboratorios “de marcas” en la producción de genéricos;

*la participación en organizaciones que integran distintos tipos de cuidados de salud, a lo que contribuye la progresiva pérdida de los límites entre distintos tipos de tecnologías sanitarias (la genética, la medicina nuclear, la farmacología, que están empezando hacer posible hablar de una terapéutica “personalizada”) o no sanitarias (la informática tiene en todo esto un papel primordial), que confluyen en campos de actuación cada vez más comunes;

*la fusión (más bien absorción) de las empresas biotecnológicas, vistas como una nueva vía para el desarrollo de medicamentos con nuevos métodos por las grandes empresas farmacéuticas. Así, por ejemplo, la fusión de Roche con Genentech.

*la búsqueda de nuevas fuentes de financiación del capital, para lo que se está recurriendo a países, como China y la India, donde el capital es abundante y la actividad investigadora creciente.

*o la búsqueda de nichos terapéuticos en los que especializarse, en la que participan laboratorios de menor tamaño, como algunos españoles, de los que Grifols es el más destacado (Arco, 2009). Este último se ha convertido en líder mundial en la producción de hemoderivados tras adquirir en 2013 un área de diagnóstico de éstos que tenía Novartis por 1.200 millones de euros (39)

Medidas como algunas de las indicadas han llevado a que en el plazo más reciente se haya observado un nuevo repunte en los resultados de la actividad innovadora de la industria farmacéutica, valorada en términos de número de nuevos productos sometidos a revisión y autorizados (40).El efecto conjunto de esos procesos es haber logrado el poder económico al que se ha aludido en el apartado anterior, que caracteriza en conjunto al sector.

c) La capacidad de influencia de la industria farmacéutica.

Las medidas de adaptación citadas para sostener su privilegiada situación como sector de desarrollo industrial preferente en el momento actual, contribuyen a que no se pongan realmente en cuestión las ventajas tan importantes de que dispone. De entre ellas destaca su gran capacidad de influencia para generar la demanda de nuevos productos por todos los que intervienen en el consumo de los mismos en todas sus fases:

*sobre la población que los consume como paciente, lo que ha llevado a la “medicalización” de muchos aspectos de la vida e incluso la “creación” de nuevas enfermedades (41; 42; 43); o al recurso a procedimientos de marketing “ilegales”, cuya utilización ha provocado importantes intervenciones de los tribunales de Justicia que han provocado multas y condenas de elevada cuantía en determinados casos (44).

La industria interviene también en el patrocinio de las asociaciones de pacientes de un grupo amplio de enfermedades, una situación que lleva a que la demanda de utilización generalizada de los nuevos productos, sin tener en cuenta sus costes, sea inmediata al anuncio de la comercialización de cualquiera que pueda suponer alguna ventaja terapéutica respecto a otros ya existentes, en especial si esas ventajas se traducen en mejora de la esperanza y las condiciones de vida de los pacientes afectados, por corta o pequeñas que sean. La comercialización del sofosbuvir puede servir de ejemplo más inmediato de esa demanda inducida no sometida a ninguna otra consideración.

Pero se trata además de una labor de patrocinio continuada que en España encuentra su expresión, por ejemplo, en que el funcionamiento y la publicación de los boletines de las asociaciones de pacientes, e incluso el catálogo de las mismas, son sufragados por la industria. Algunas valoraciones comparadas de los sistemas sanitarios basadas en las opiniones de los consumidores-usuarios están también patrocinadas por la industria farmacéutica, que encuentran así una manera más de orientar las opiniones de los pacientes hacia la demanda de mayores recursos dedicados al consumo de productos sanitarios como base para obtener una mejor valoración por los sistemas sanitarios (45)

*la literatura sobre los distintos mecanismos de influencia sobre los médicos, como prescriptores de los medicamentos y determinantes principales del uso de los mismos, es conocida y muy amplia (46; 47; 48;49; sobre la sobreutilización inducida de los dispositivos sanitarios (50)).

Las posibilidades, que han ido evolucionado a lo largo del tiempo (46) varían desde el más primitivo del “pago por receta”, el suministro de otros “pagos en especie”, la promoción de las actividades y congresos “científicos”, acompañados de complementos turísticos y lúdicos de amplitud variable; las “charlas promocionales” retribuidas, o, en el momento actual, la multiplicación del desarrollo de “ensayos clínicos” sometidos a escasos controles para verificar las condiciones de seguridad y eficacia de los medicamentos nuevos antes de recibir su aprobación, y la contratación por los laboratorios de médicos prestigiosos de los sistemas sanitarios de distintos países como “promotores” de determinados productos en el ámbito de sus propias organizaciones y sistemas. Un buen resumen de esos mecanismos, incluidos los relacionados con los ensayos clínicos, un ámbito en el que se producen numerosas irregularidades en su diseño y desarrollo los mismos se puede encontrar en un libro de reciente publicación en España (51).

La realidad y una cuantificación más precisa de las cantidades dedicadas en los Estados Unidos por los laboratorios farmacéuticos y las empresas tecnológicas a influir por distintas vías sobre los médicos, que ha dado lugar en ocasiones a fuertes multas a determinados laboratorios (Novartis septiembre 2010, (44)), se ha puesto de manifiesto recientemente, en los primeros días del mes de octubre de este año. Allí, en cumplimiento de una disposición específica (denominada “*Payments Sunshine Act*” o “ley de pagos al sol”) establecida bajo la *Affordable Care Act* (ACA), de 2010, aprobada bajo el primer mandato del presidente Obama, el Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) hizo pública una relación completa de los pagos de distinta naturaleza realizados entre agosto y diciembre de 2013 a los médicos que trabajan para esos sistemas. Los pagos realizados por la industria en ese plazo a 546.000 médicos y otros profesionales y a 1300 hospitales con docencia de aquel país en 4,4 millones de entregas efectuadas registradas, totalizaban 3.500 millones de dólares o, en euros, 2.800 millones (52).

La relación pormenorizaba los mismos de forma fácilmente accesible por nombre de cada profesional, Estado de residencia, laboratorios de los que ha recibido los pagos, producto y actividad que han justificado los mismos, y otros datos (53; 54; 55). Los laboratorios, que acusan a la relación hecha pública de contener diferentes errores e inexactitudes, y de que pudiera afectar de manera errónea a las carreras y la confianza de sus pacientes de muchos profesionales, pese a que éstos pudieron consultar los datos proporcionados por los laboratorios en los meses previos a la publicación,

trataron de demorar ésta, sin conseguirlo (56). Los efectos de esa expresión concreta de transparencia de las relaciones entre los laboratorios y los médicos, que se deberá repetir en el futuro, comenzó a producirse antes incluso de que la publicación se hiciera efectiva, modificando algunas formas concretas de relación, como, en concreto, los pagos por charlas o conferencias “promocionales” (57).

En junio de 2013 la Federación Europea de Asociaciones de la Industria Farmacéutica (EFPIA), en la que está integrada la española Farmaindustria, aprobó el desarrollo y la publicación de un “*código de transferencias de valor a los profesionales y las organizaciones sanitarias*” de contenido similar, que debería dar lugar a que se diera difusión en 2015 en todos los países europeos a datos semejantes a los hechos públicos en los Estados Unidos (58), cuyos efectos deberán valorarse cuando se haga efectiva su publicación.

*las posibilidades de influencia de la industria farmacéutica se extienden incluso a los reguladores de su producción y comercialización, cuya actuación se orientó en sus orígenes de manera principal a garantizar la seguridad de los productos, que exige su comprobación mediante “ensayos” antes de su lanzamiento al mercado. Las presiones de la industria en este caso se dirigen a reducir el tiempo de autorización de cada nuevo producto por las agencias reguladoras, con evidencias limitadas sobre las contraindicaciones y efectos secundarios derivados de su uso (59). La tendencia a seguir esas pautas más aceleradas de aprobación obliga en ciertos casos a la retirada posterior de los productos cuando se conocen mejor esos efectos indeseables (NY Times, 2013). Los problemas y los efectos de ese tipo de actuaciones están también bien descritos en una cita anterior (51).

Por la industria farmacéutica se pone repetidamente de manifiesto el coste que supone el retraso en la autorización y lanzamiento comercial de un producto: se estima que cada seis meses de retraso en el lanzamiento de un producto puede suponer una pérdida, valorada en coste de capital (Net Present Value, NPV) de 100 millones de dólares, o una reducción de 0,5 puntos en beneficios sobre capital invertido (tasa interna de retorno, “*internal rate of return*”, IRR) (61).

d) El control de la orientación de la innovación

Es también característico de la industria de este sector, por otra parte convertido en un ámbito de actividad transnacional, su capacidad de controlar la orientación y la evolución de la innovación en este campo (62; 63), lo que, unido a la globalización y

la facilidad de transmisión del conocimiento científico que conlleva, explica su capacidad de inducir patrones de consumo homogéneo entre distintos países.

Se trata de un factor determinante de sus resultados económicos, que se dirige ante todo a satisfacer los intereses del propio sector, y no tanto las “necesidades” de los servicios y de las poblaciones a los que va dirigida su producción, susceptibles de inducirse, por mecanismos de influencia sobre los consumidores, los prescriptores o incluso los reguladores descritos antes.

En el apartado primero de este capítulo se han señalado algunas tendencias actuales en el diseño de nuevos productos orientados al tratamiento de enfermedades “raras” como consecuencia de su coste de investigación más reducido. En sentido contrario, pero justificado también por razones de coste, se pueden recordar las declaraciones hace unos meses de un directivo de Bayer declaraba sin ambages el escaso interés de la industria por producir medicamentos para las enfermedades características de los países en desarrollo, sin recursos económicos para afrontar el pago de los mismos (cita). Se han puesto también de manifiesto las razones económicas que justifican las dificultades para desarrollar vacunas, especialmente las que podrían evitar las epidemias, incluida la del ébola (65), que afectan a países del tercer mundo, pero no sólo éstas (66;67; 68): lograr una vacuna efectiva, en especial si se trata de enfermedades que se pueden cronificar, como la infección por el VIH, supone perder un consumidor de productos de tratamiento alternativo, en general costosos, durante períodos amplios de tiempo.

La utilización de los medicamentos o instrumentos más costosos para prolongar la vida por plazos muchas veces no significativos en fases terminales de aquélla y en condiciones de dudosa calidad de vida personal, en vez de los cuidados paliativos que serían más apropiados para esos momentos, y la generalización casi obligada de esos patrones de actuación como consecuencia del planteamiento público que se hace de esas cuestiones, es otro buen ejemplo de esa orientación.

Cuando se plantean medidas de racionalización del uso de los distintos procedimientos en esas fases de la vida se suscitan toda clase de dudas por parte de quienes apoyan con preferencia a las industrias de estos sectores: un buen ejemplo son las acusaciones formuladas por sectores del Partido Republicano norteamericano contra la Ley de atención sanitaria sostenible (ACA) en los Estados Unidos durante su tramitación. Cuando en el texto de la ley se planteó esta cuestión, se acusó a la norma de que a su amparo se pretendían constituir “comités de muerte” (“*deathpanels*”); así

se calificó a un Comité Asesor Independiente, *Independent Payment Advisory Board*, que se creó en el ámbito de Medicare, el sistema que proporciona cobertura sanitaria a la población jubilada). De resultas de esas presiones, el comité citado no se ha puesto en marcha todavía, y en fechas recientes se han resucitado las acusaciones en el sentido indicado (69).

e) Las industrias de tecnologías sanitarias como actores políticos.

La capacidad de influencia de los sectores industriales señalados en el sentido señalado no se limita a los instrumentos “técnicos” descritos. El poder adquirido por las corporaciones farmacéuticas en particular, y las tecnológicas en general, las ha convertido en agentes con capacidad de influencia política relevante, que utilizan para favorecer el desarrollo no sólo de las políticas sobre servicios sanitarios, sino también las industriales y comerciales de los gobiernos de los países en los que se encuentran implantados que más se adecuan a sus propios intereses corporativos.

Esa capacidad de influencia se puso también de manifiesto durante el proceso de tramitación de la reforma sanitaria promovida por el presidente Obama en los Estados Unidos, finalmente aprobada en 2010. El papel que jugó la industria farmacéutica para situar los límites de la reforma en terrenos que no perjudicasen los intereses del sector han sido ampliamente descritos (70; 71; 72; 73): en último término, el objetivo principal de la reforma era aumentar la cobertura sanitaria de la población que carecía por completo de ella (más del 15% de la población norteamericana, cerca de 50 millones de personas, con tendencia creciente), lo que en sí mismo podría representar una clientela añadida para el consumo de los productos farmacéuticos que no resultaría contradictoria, sino a la inversa, con los intereses del sector. Esas posibles ventajas derivadas de la reforma resultaron finalmente determinantes para justificar la contribución económica que la industria farmacéutica realizó en aquel país para la realización de campañas publicitarias en apoyo de la reforma en los términos descritos (74).

Sin embargo, tales contribuciones, lo mismo que un compromiso no bien precisado de recorte de gasto de 80.000 millones de dólares en este sector para favorecer la reforma, sólo se hicieron posibles una vez que esta industria obtuvo, en negociaciones previas sólo hechas públicas después de haber llegado a acuerdos en las mismas, las garantías de que no se tocarían los mecanismos que garantizan principalmente los beneficios del sector en aquel país (75). Entre esos mecanismos, de

manera destacada, que los sistemas de cobertura pública que allí existen (principalmente Medicare) mantuvieran la prohibición legal de negociar a la baja con la industria los precios de los productos que se consumen bajo ese régimen en función de la posición de fuerza que se deriva de la amplitud de la población cubierta³. Además, la industria exigió el compromiso de mantenimiento de un plazo de protección de doce años para las patentes biotecnológicas (71), y planteó la retirada o modificación de las ayudas previstas si ese plazo se pone en cuestión (73; 76).

De los mecanismos de influencia utilizados por la industria farmacéutica en los Estados Unidos en ese caso concreto cabe destacar dos aspectos: el primero, que la influencia política de estos sectores industriales se produce de manera importante a través de conversaciones y negociaciones que no son públicas, aunque lo sean los resultados de su realización. Esa situación, que incluye mecanismos de influencia a través de relaciones poco transparentes, es común también a otros países. A este respecto se puede ver también, por ejemplo, un informe del Parlamento británico sobre la industria farmacéutica en aquel país (77)⁴.

El segundo aspecto a destacar en el caso norteamericano es la “constitucionalización” de mecanismos dirigidos a ejercer directamente la influencia sobre los legisladores, de manera que las normas que se aprueben sean acordes con los intereses del sector⁵. Se

³ Esta prohibición legal está vigente desde 2003, año en el que, bajo el primer mandato del segundo presidente Bush, se aprobó una ley que permitió ampliar la cobertura del coste de los medicamentos para la población incluida en Medicare a través de planes específicos de cobertura de esta prestación, que, en todo caso, como sesgo añadido, deben ser contratados con las compañías de seguro privadas que constituyen planes específicos en esa materia. Por otra parte, el sesgo “pro-industria” que supuso la legislación citada queda más aún de manifiesto si se considera que, con la legislación citada, alrededor de 6 millones de norteamericanos que recibían la prestación farmacéutica a través de *Medicaid*, un programa dirigido a los pobres que puede negociar los precios de los medicamentos con la industria, fueron derivados al nuevo programa de cobertura farmacéutica de Medicare, en el que está expresamente vetada la negociación de precios (78).

⁴ En otro texto referido a la misma cuestión (79; p. 83) se afirma que “*La evidencia sugiere que el sesgo corporativo en el diseño de la regulación de este sector ha sido mucho más amplio (aún, cabría decir) en el Reino Unido que en los Estados Unidos. Los orígenes del Ministerio de Sanidad británico indican que las autoridades reguladoras de este país se crearon bajo una condición de sesgo corporativo favorable a la industria mucho mayor que el original Departamento de Vigilancia Química en los Estados Unidos*”. De la respuesta en términos de regulación de los productos dada por los gobiernos británico y norteamericano a las crisis sanitarias generadas por el uso de determinados medicamentos como la sulfanilamida o la talidomida, que están en el origen de las regulaciones iniciales orientadas a garantizar la seguridad de los productos, se deduce también en el mismo texto que el Gobierno británico protegió de manera menos intensa los intereses de los consumidores británicos que lo hizo con sus ciudadanos el Gobierno de los Estados Unidos, y que el sesgo “proindustria” del primero de esos gobiernos no es sólo una situación actual, sino que tiene su bases en las fases iniciales de desarrollo y regulación de este sector.

⁵ El ejercicio de la influencia por parte de los legisladores no se refiere sólo al contenido de las normas en cuya elaboración y aprobación participen. Se extiende también a las presiones que pueden llegar a

trata de los llamados “lobbies”, que dirigen su actuación a influir sobre el sentido del voto de los legisladores mediante la contribución a sus campañas electorales. Por supuesto, no se trata de un mecanismo original y específico de la industria farmacéutica, ni siquiera de los sectores industriales en general: existen “lobbies” que representan a organizaciones ecologistas, de consumidores, o de cualquier otro sector. Sin embargo, la capacidad de influencia de unos y otros es muy diversa en relación con la capacidad económica de cada organización. Diferentes medios de comunicación han hecho públicas las contribuciones recibidas de los lobbies sanitarios (que según algunas valoraciones son los que de entre todos los sectores industriales más dedican a financiar ese tipo de actividades de influencia⁶) por los representantes de las distintas comisiones que discutieron y siguen discutiendo las diferentes propuestas de reforma. Las informaciones publicadas demuestran el escaso grado de independencia real de aquéllas en sus discusiones⁷,

Aunque los sistemas electorales son distintos en Europa, y las posibilidades y mecanismos de influencia sobre los legisladores son, en consecuencia, necesariamente diferentes, la constitución de “lobbies” se ha extendido a Bruselas en el proceso de construcción europea (85), siendo el farmacéutico un terreno abonado para el ejercicio de esas influencias, por la tendencia manifiesta a llevar a cabo una regulación homogénea de este sector que facilite el libre comercio a nivel europeo.

La realidad de esos intereses relacionados debería llevar a plantear que las políticas sobre los servicios sanitarios no deben seguir siendo consideradas de manera exclusiva como una cuestión de cohesión y protección social, gestionada y planteada en consecuencia tan sólo por los sectores de las administraciones públicas encargados de la gestión de ese sector. Por el contrario, las políticas en éste, entendidas en un sentido amplio, deberían ser el objeto de la atención preferente de los gobiernos en su conjunto, que resulta también correlativa a su condición de sector preferente de desarrollo y área de actividad de los sectores industriales que ocupan en el momento actual los primeros lugares en términos de rentabilidad y posibilidades de futuro. Ese

ejercer sobre los organismos administrativos, como la FDA norteamericana, con objeto de lograr la autorización de la comercialización de productos concretos, o de acelerar los trámites para lograr tal autorización.

⁶ Ver por ejemplo Renick Mayer (2009). “Health, Energy and Finance Sectors Dominate 2nd Quarter Lobbying” (80).

⁷ Ver, por ejemplo Eggen D. (81) y *Industry is Generous To Influential Bloc* (82). También (83) y (84)..

enfoque global debería a la vez contribuir a preservar la capacidad de influencia de los sectores de las administraciones que llevan a cabo la gestión de los servicios sanitarios públicos; influencia que cabría ejercerse ante todo y de una manera muy específica mediante el “poder de compra” que caracteriza a los servicios públicos sanitarios, que no debería subordinarse a la influencia ejercida desde los proveedores por vías habitualmente poco transparentes sobre otros sectores de la propia administración.

Aunque no se puede poner en duda la existencia de múltiples agentes que intervienen e influyen sobre las políticas sanitarias en general y las farmacéuticas en particular (desde los propios reguladores; o las organizaciones de consumidores, o incluso los diferentes sectores que existen dentro de la producción: laboratorios innovadores frente a productores de genéricos, una distinción de límites móviles y difusos en muchos casos, dadas las transformaciones que se están produciendo dentro del propio sector), en todo caso, de cara al análisis de las políticas sanitarias de un país lo que resulta más relevante es la neta asimetría a favor de los sectores productores farmacéuticos y de tecnologías sanitarias que, con arreglo a los patrones y por los mecanismos explícitos o menos transparentes descritos previamente, se da actualmente en capacidad de influencia sobre la determinación de esas políticas (86).

Por su parte, el carácter supranacional que han adquirido algunas de las empresas más potentes de estos sectores productivos, superior al de muchos estados, permite prever los límites en que se pueden mover las reformas que se pueden llevar a cabo en cada país concreto para modificar esa situación. Lo que, a nivel de cada país, supone tener en cuenta los márgenes de libertad en términos de nivel de gasto y patrones de utilización y consumo que parecen existir, al menos en los países desarrollados, aunque no sean objeto de una definición expresa. Una situación que sólo parece susceptible de modificación a través de mecanismos de regulación comunes a muchos países; objetivo, por otra parte, y pese a las demandas formuladas con frecuencia (ver, por ejemplo, Lula Da Silva, 2013 (87), de difícil consecución, dados los intereses contradictorios potencialmente existentes entre distintos países en función de su diferente posición en relación con el desarrollo de estas industrias en cada uno.

e) La capacidad legal de las industrias de tecnologías sanitarias, en especial la farmacéutica.

A la capacidad económica de la industria farmacéutica se le une la existencia de un ámbito específico del derecho civil a nivel nacional e internacional, el relativo a la propiedad intelectual y las patentes, que se suman para configurar un sector en el que la utilización de los litigios planteados a distintos niveles para defender los derechos de las compañías farmacéuticas constituyen un instrumento fundamental de su actividad. La utilización de esos instrumentos legales permite la defensa de sus intereses económicos, limitando la competencia por parte de otras compañías (especialmente las fabricantes de genéricos), prolongando mediante procedimientos diversos (establecimiento de nuevas indicaciones para un mismo producto u otros) la prolongación de las patentes más allá de los períodos previstos inicialmente.

Otro de los ámbitos hacia los que se proyecta la actividad legal de las empresas farmacéuticas son las amenazas (y prácticas) de despido o de acciones legales, así como las acusaciones de mala praxis científica, contra aquellos científicos que ponen en duda los resultados de las investigaciones de las empresas farmacéuticas. El patrocinio de institutos de investigación de muchas universidades, o el de sociedades y revistas científicas, por parte de la industria farmacéutica, impide con frecuencia una respuesta adecuada por parte de los afectados. Los costes de los procesos correspondientes, incluso si son planteados por agencias evaluadoras del ámbito público, suponen una barrera añadida para quienes pretenden mantener posiciones distintas a las defendidas por las empresas, para las que, a la inversa, los costes suponen una proporción no significativa de su propia capacidad económica ((51) cap. 19; 88).

1.2.2. Los sistemas de distribución y dispensación de los productos.

a) Aspectos generales del ejercicio profesional farmacéutico.

La deriva hacia la producción industrial de los medicamentos para sustituir la preparación artesanal de los mismos por los profesionales farmacéuticos en las oficinas de farmacia es un proceso propio del siglo XX, que comenzó poco a poco en sus primeras décadas, para imponerse luego de manera universal, hasta sustituir casi por completo los métodos artesanales de producción.

Este cambio, que pone de alguna manera en cuestión la propia esencia de la profesión farmacéutica, fue resistido por ésta en todas partes, convirtiendo la dispensación de medicamentos, aunque sean productos elaborados y envasados, en la nueva “esencia” principal de la profesión. Por el contrario, la labor de producción e incluso el desarrollo de la investigación de nuevos productos, ha pasado a estar por completo en manos de las empresas y, en especial en el caso de esta última, los organismos públicos que contribuyen principalmente a los aspectos más básicos de la misma.

Por otra parte, en esas labores antes propias y exclusivas de la profesión farmacéutica participan profesionales de titulaciones originales muy diversas, que incluyen hasta algunas como la comunicación y el márketing, que constituyen aspectos esenciales al servicio de la difusión y el consumo de los productos farmacéuticos.

Por su parte, modificar la “esencia” de la actuación profesional farmacéutica para centrarla en la dispensación de los productos elaborados de la manera indicada (la preparación de “fórmulas magistrales” ha quedado reducida a una labor marginal) ha generado en todas partes poderosos incentivos para hacer que a la propia dispensación de los medicamentos se le añadan condiciones de todo tipo que impliquen la necesidad de que la misma deba hacerse siempre bajo la tutela y el control de un farmacéutico. Entre esas condiciones destacan las siguientes:

a.1) Presencia del farmacéutico en las oficinas de farmacia.

En primer lugar, la condición de que sea obligada la presencia de un farmacéutico para llevar a cabo la dispensación de medicamentos, sea en oficinas de farmacia o en establecimientos de otro tipo, se ha impuesto de manera universal, de manera que no hay ningún país desarrollado en el que no se exija la misma.

Algunos autores (89) han justificado desde hace tiempo esta condición en la “peligrosidad potencial de los productos farmacéuticos, que forma parte de su propia naturaleza”.

a.2) Profesión farmacéutica y propiedad de las oficinas de farmacia.

En algunos países, principalmente del área europea mediterránea (Francia, Grecia, Italia y España, pero también, dentro del ámbito europeo actual, Austria, Dinamarca, o Portugal, entre otras), a esa condición general se le ha añadido otra, consistente en reservar la propiedad de las oficinas de farmacia a los farmacéuticos titulados, sea como propietarios exclusivos o mayoritarios, de esos establecimientos (90; 91).

Dentro de ese mismo modelo se han ido produciendo algunos movimientos: en el caso de Francia, por ejemplo, una Ley de 2013 abrió la posibilidad de que los propietarios de las oficinas de farmacia no sean sólo farmacéuticos individuales, sino también sociedades de distinto tipo constituídas por profesionales farmacéuticos, con un límite de participación individual de cada uno de éstos en cuatro sociedades como máximo (92).

Por quienes justifican este régimen exclusivo de propiedad se aduce que en los países en los que está vigente esa condición, combinada con la que se indica a continuación, el número de oficinas de farmacia en relación con el número de habitantes es mayor y, sobre todo, que la distribución de las oficinas de farmacia hace posible una mayor proximidad de las mismas a toda la población, con independencia del ámbito rural o urbano de residencia de toda o parte de ésta.

Esos resultados son contrarios en aquellos países, como por ejemplo los Estados Unidos o el propio Reino Unido, donde no está vigente esta condición, y en los que se permite que empresas de servicios o cadenas de distribución puedan ejercer la propiedad de las oficinas de farmacia, sean éstas establecimientos específicos o formen parte de almacenes generales u otros establecimientos de distribución. Como es lógico, es en los primeros en los que se concentra el mayor número de establecimientos de dispensación de medicamentos propiedad de esas cadenas: en el ámbito europeo la cadena Boots es propietaria de más de 1.500, principalmente en el Reino Unido, mientras que la alemana Gehe se acerca a los 2.000, repartidos entre su propio territorio y el de otros países de su entorno (93)

a.3) Condiciones para la apertura y distribución de las oficinas de farmacia.

Otro tipo de condición se refiere a las exigencias para la apertura y distribución de las oficinas de farmacia.

En este caso, el “modelo mediterráneo”, pero también el de Austria o Bélgica, se complementa con el establecimiento de criterios o módulos poblacionales y de distancia entre oficinas que limitan la apertura de otras nuevas, conforme a una “ordenación farmacéutica” predeterminada. Se argumenta que esas regulaciones, a la vez que garantizan un volumen de negocio suficiente para cada una, consiguen supuestamente incentivar la apertura de otras en los núcleos de población de menor tamaño.

En este aspecto, frente a ese modelo, el de algunos países anglosajones (el Reino Unido, Holanda) y otros nórdicos (Noruega, Suecia) ofrece mayor flexibilidad para la apertura de oficinas en cualquier lugar, subrayando la naturaleza privada del ejercicio farmacéutico; una ausencia de regulación que se traduce de hecho en una cobertura menor en núcleos de población de tamaño poblacional más reducido, o incluso en áreas determinadas de los núcleos urbanos.

Por su parte, Alemania impone condiciones de rendimiento económico y demanda para autorizar la apertura. A su vez, algunos de los antiguos países del Este europeo, como Polonia, la República Checa, Eslovaquia, Estonia y Lituania, una vez liberalizados sus regímenes políticos presentan la imagen más acabada de una ausencia total de regulación en esta aspecto, mientras que Hungría, Eslovenia o Letonia se han acogido a criterios planificados de sus farmacias por población o distancia.

En conjunto, en los países de la Unión Europea se baraja la cifra de una farmacia para cada 2.900 habitantes en los países con modelo regulado, frente a una media de casi 4.700 habitantes por farmacia en los que no existe este tipo de regulación (94).

a.4) Venta de medicamentos sin receta.

Un último ámbito de debate en el que se producen opiniones encontradas entre los defensores del “modelo mediterráneo” y las cadenas y grandes superficies de distintos países es el de la venta de medicamentos sin receta (“*over the counter*”, OTC), y por Internet. Las cadenas y las grandes superficies están presionando en distintos países para que se haga posible su participación en esos mercados, potencialmente de gran amplitud, mientras que los primeros aducen problemas potenciales de salud pública y de engaños posibles en su comercialización para justificar que se impida la misma. Para afrontar esos problemas, en algunos países se está proponiendo por las organizaciones farmacéuticas la redacción de una lista que incluya aquellos medicamentos OTC que no podrían ser vendidos fuera de una oficina de farmacia (95).

a.5) Nuevas áreas de actuación de la profesión farmacéutica: la “atención farmacéutica”.

El conjunto de condiciones anteriores tienen en todo caso un carácter restrictivo, que no basta para justificar en sentido positivo el carácter y el contenido de la profesión farmacéutica (y de las corporaciones profesionales que la representan, que son las principales interesadas en mantener aquéllos), una vez alcanzado de manera irreversible el desarrollo industrial de los productos farmacéuticos.

Ese sentido positivo del papel que el profesional farmacéutico debe desempeñar en el circuito que lleva desde la fabricación de los productos por las empresas farmacéuticas hasta el consumo por los pacientes de los productos prescritos por los médicos, papel que se vincula a la obligada presencia del farmacéutico en la oficina de farmacia, se ha llenado con el concepto teórico de "atención farmacéutica", nacido hace más de veinte años en los Estados Unidos. Se trata, sin embargo, de un concepto que, según la defensa que hacen del mismo algunos autores (96), se corresponde en mayor o menor grado con las actividades y funciones que de hecho, y en mayor o menor grado, han sido desarrolladas "desde siempre" por los farmacéuticos responsables de las oficinas de farmacia.

Dentro de ese concepto se pretenden incluir cuantas actividades suponen intervenir en la información, recomendación y seguimiento del consumo de los medicamentos prescritos por la población en general y/o por grupos de riesgo específicos, o por pacientes afectados de patologías determinadas; también la participación en el seguimiento y control de las reacciones adversas a los productos farmacéuticos; y llevando a cabo todo ello desde la oficina de farmacia, en colaboración con otros profesionales del "equipo de salud", convirtiendo al farmacéutico en un miembro más de éste, pese a que formalmente no forme parte del mismo.

El concepto ha alcanzado niveles teóricos y de desarrollo práctico y legal diferentes en distintos países, pero supone un intento más o menos explícito de dar un vuelco sustancial a la "esencia" de la profesión farmacéutica, para convertir a los profesionales farmacéuticos en un "agente de salud" añadido a otras profesiones sanitarias, manteniendo a la vez las condiciones restrictivas del control de la oficina de farmacia por los propios profesionales farmacéuticos.

Como consecuencia de todo ello, el desarrollo de este concepto ha dado lugar en algunos países a propuestas de modificación de los sistemas retributivos de las

oficinas de farmacia, añadiendo al pago de los productos dispensados las propuestas de pago de una retribución fija como "agentes" del correspondiente servicio de salud.

b) El ejercicio profesional farmacéutico en la Unión Europea.

La Unión Europea es un ámbito constituido esencialmente para favorecer el intercambio comercial y la libre circulación de mercancías, capitales y (más secundariamente) personas entre los países que la conforman, lo que es motivo de numerosas regulaciones para hacerlo efectivo. Esos criterios prioritarios se aplican también al ámbito del ejercicio profesional farmacéutico.

El marco jurídico europeo inicial relativo a dicho ejercicio está establecido en diferentes directivas europeas del año 1985 (Directivas 85/433, de 16 de septiembre, y 85/584, ambas del Consejo, esta última con motivo de la adhesión de España y Portugal a la entonces Comunidad Económica Europea), que trataron de armonizar en lo posible las legislaciones nacionales a este respecto. Lo característico de esas normas es que las mismas se limitan a establecer un marco común, mínimo y esencial de condiciones para el ejercicio profesional, con el fin de evitar problemas respecto al libre establecimiento profesional en virtud de la posesión de un título homologado, regulando el reconocimiento de los expedidos por distintos países, y garantizando un campo mínimo de actividades para quienes estén en posesión de los mismos.

Una directiva posterior de 2005, la 2005/36, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, para adaptar las mismas al "Espacio Europeo de Educación Superior" recién creado en aquellas fechas, recogió las nuevas disposiciones también en el caso del acceso a, y el ejercicio de, la profesión farmacéutica.

Esta última directiva, como la anterior, excluyó, sin embargo, de su ámbito cualquier regulación expresa o principio general relativo a la ordenación farmacéutica, entendiendo ésta como la distribución de las oficinas de farmacia por el territorio de cualquier país miembro de la ya UE. De hecho, la directiva reconoce expresamente en su preámbulo que la distribución de las farmacias y la definición o no del monopolio de la propiedad de las mismas por la profesión farmacéutica debe seguir siendo competencia de los Estados miembros, cada uno de los cuales tiene capacidad de establecer sus propias reglamentaciones con arreglo a sus peculiaridades poblacionales, geográficas, y de constitución de su sistema sanitario respectivo (97).

Sin embargo, la publicación de la Directiva 2006/123, del Parlamento Europeo y el Consejo, de 12 de diciembre de ese año, relativa a los servicios en el mercado interior, conocida como “Directiva Bolkenstein”, provocó algunos cambios en esa situación. Aunque la propia directiva excluye en este caso en su preámbulo su aplicabilidad a los servicios sanitarios, el artículo 15 de la misma exige a los Estados miembros un examen de la existencia de trabas específicas que pudieran obrar en contra del principio de libre establecimiento comercial en forma de límites fijados en función de criterios poblacionales o de distancias geográficas mínimas entre prestadores de servicios, incluyendo los farmacéuticos.

A partir de esos principios la Comisión Europea ha venido propugnando una política liberalizadora en materia de establecimiento de oficinas de farmacia, tratando además de perseguir lo que pudieran constituir violaciones más flagrantes de los principios que informan esas políticas también en estas materias.

Esas actuaciones han dado lugar a procedimientos incoados desde el ámbito comunitario a hasta cinco países (Alemania; Austria; España; Italia y Portugal), una parte significativa de ellos con regulaciones que constituyen lo que se ha dado en llamar el “modelo mediterráneo de farmacia” que reúne las condiciones citadas más arriba. Sin embargo, diferentes sentencias dictadas por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea en distintas fechas han terminado por confirmar en general, y a expensas de matizaciones más precisas, que las regulaciones de los países citados en esta materia no son contrarios al Derecho comunitario (91).

Los resultados de esos procedimientos y las propias sentencias han sido celebrados en todos los países, incluido España, por las organizaciones profesionales farmacéuticas como un reconocimiento expreso de las bondades y ventajas de sus regulaciones respectivas para hacer más accesible a toda la población la prestación farmacéutica. Una interpretación que excede los términos de las propias sentencias, pero que se sustenta también en la defensa que los gobiernos respectivos, al margen del color político de cada uno en cada momento, han hecho de las regulaciones propias en esta materia. Lo que parece más bien poner en evidencia la capacidad de influencia política que tienen en todos los países las corporaciones profesionales farmacéuticas.

1.3. El control de la producción y el coste de los productos sanitarios, y en especial de los medicamentos.

1.3.1. El control de seguridad.

a) Creación de organismos de control.

La evidencia precoz de que todos los productos tecnológicos utilizados en el diagnóstico, el tratamiento, o incluso la prevención de las enfermedades podían dar lugar a efectos secundarios negativos para la salud de las personas, en ocasiones de importancia mayor incluso que las ventajas pretendidas por su utilización dió lugar a que las primeras medidas de regulación adoptadas en el terreno de los productos

sanitarios se dirigiesen a tratar de controlar y evitar esos efectos secundarios nocivos derivados de su utilización.

El primer mecanismo fue la creación de Agencias de Evaluación de Medicamentos, de los que la FDA norteamericana fue el primero y es el más característico, a cuya creación siguió la de agencias estatales en la mayoría de los países desarrollados.

Como sus propias siglas inglesas indican (*“Food and Drug Administration”*), la agencia americana citada, nacida en 1906 bajo otra denominación, y que pasó a adoptar el nombre actual en 1936 en el contexto de la *Public Health Service Act* aprobada aquel año, no dedica sólo sus actividades a la vigilancia de la seguridad de los medicamentos de distinto tipo, sino también la de los alimentos.

Con el tiempo se ha añadido también la evaluación de la seguridad de otros tipos de productos, de manera que en el momento actual dispone de 5 grandes centros, cuyos ámbitos de actuación se deducen de su denominación (que aquí se presenta en castellano, asociada a sus siglas inglesas). Son los siguientes: Centro de Evaluación Biológica e Investigación (CBER); Centro de Dispositivos y Salud Radiológica (CDRH); Centro de Investigación y Evaluación de Medicamentos (CDER); Centro de Seguridad de Alimentos y Nutrición Aplicada (CFSAN); y Centro de Medicina Veterinaria (CVM).

La separación en centros distintos de la evaluación de cada clase de productos y tecnologías obedece a las diferencias en las características de cada uno de ellos: de los medicamentos se resalta que se trata de productos de vida media corta pero larga presencia de la marca en el mercado, cuyos problemas derivados de su uso no están

habitualmente provocados por defectos en el proceso de fabricación; es una situación contraria a la de otros dispositivos sanitarios, cuya seguridad, menos susceptible de valorarse antes de su aplicación en la clínica si no es por comparación con otros productos existentes similares, viene determinada principalmente por el correcto desarrollo de su proceso concreto de fabricación (una explicación más amplia de estas cuestiones se puede ver en: 98; 99).

Tales diferencias en los productos a evaluar desde los puntos de vista restringidos de su seguridad y eficacia antes de permitir su comercialización y aplicación es probablemente lo que ha llevado a que en otros países, principalmente los del ámbito europeo, no se haya seguido el modelo de un organismo único para la evaluación de los términos indicados de toda clase de productos. Y a que en la mayoría de los países el interés de la constitución de esta clase de organismos, vinculados en su origen en todas partes a los poderes públicos, aunque sea con diferencias en su definición y personalidad jurídica, exponente en todo caso de la “autoridad sanitaria” que se ejerce con su función de autorización de la comercialización de los productos, se haya centrado sobre todo en la evaluación de los medicamentos.

Por el contrario, para el caso de otras clases de productos y aparatos tecnológicos, en muchos países, como ocurre en España, el proceso de autorización se sitúa al margen de los organismos sanitarios, y tiene sólo el carácter de autorización y registro administrativo para su producción industrial.

b) Los ensayos clínicos.

En la mayoría de los países se produjo también el desarrollo de un segundo instrumento desarrollado inicialmente y de manera principal al servicio del control de la seguridad de los productos. Se trata de la regulación progresiva por parte de todos los países de los ensayos clínicos con medicamentos. Una regulación que habitualmente exige la realización de pruebas previas en modelos animales, el posterior traslado a la experimentación de la aplicación de los nuevos productos a grupos seleccionados de sujetos humanos, y la vigilancia posterior del uso de los efectos en la población general sometida a los tratamientos una vez que se ha autorizado la comercialización de los productos para uso humano.

El denominador más común de estas regulaciones es que, además de observar la ausencia de efectos secundarios nocivos, en los ensayos, cuyo análisis se realiza por la agencias de evaluación existentes, sólo se requiere habitualmente comprobar la

eficacia del producto en relación con un placebo, sin que para la autorización de un producto nuevo por la mayoría de los países se exija comparar su eficacia con la de alguno ya existente de objetivo terapéutico similar.

Por otra parte, los sesgos en que se incurre en el desarrollo y la publicación de los resultados de los ensayos, la mayor parte de ellos (hasta dos tercios) patrocinados por la industria farmacéutica, han sido repetidamente descritos ((51), cap 5; 100; 101). Según esas fuentes, en la actualidad los investigadores académicos tienen una influencia mínima o nula en el diseño de los ensayos, con frecuencia no pueden acceder a los datos brutos, y disponen de un margen de participación muy limitado en la interpretación de los mismos.

Según un estudio realizado en los Estados Unidos, publicado en 2005 en el *New England Journal of Medicine* (102), una de las revistas preferidas por la industria para publicar los ensayos, el 80% de las facultades de Medicina norteamericanas aceptaban en aquella fecha acuerdos de colaboración que otorgaban los derechos sobre los datos a las empresas que los financiaban, y el 50% de ellas (probablemente un dato subestimado por la forma en que se llevó a cabo la encuesta) permitían que las empresas (o personas o empresas subarrendadas, “ghostwriters”) redactaran el informe de resultados que sería publicado, sobre el que los investigadores sólo tenían la potestad de revisarlo y sugerir modificaciones del mismo, que podían ser o no aceptadas. Por otra parte, para la realización de los ensayos, la industria farmacéutica escoge los centros en que llevarlos a cabo, y escogen aquellos centros e investigadores que resultan menos peligrosos de plantear cuestiones o situaciones incómodas en el desarrollo del proceso.

El control de la publicación de los resultados de los ensayos en las revistas médicas más prestigiosas, cuyo mantenimiento está también subvencionado y controlado por la industria farmacéutica, permite a ésta publicar aquellos ensayos cuyos resultados están de acuerdo con sus intereses, y retirar, o no publicar, aquellos otros que no son conformes a los mismos. El control ejercido por la industria de esta faceta ha dado lugar a conflictos legales importantes cuando algunos investigadores han exigido la investigación de ensayos con resultados contrarios a los intereses de aquélla. Este sesgo concreto se ha pretendido evitar con la creación de bases de datos públicas de

todos los ensayos que se lleven a cabo, una medida que entra en vigor en 2016 en el ámbito de la Unión Europea (103).

Según el primero de los trabajos citados en este apartado (Gotszche, 2013) *“los médicos se han resignado a aceptar que su papel como colaborador de la investigación médica se ha extinguido, y que su único rol es el de abastecer a las farmacéuticas de participantes para sus estudios; a cambio obtienen el derecho a publicar sus artículos, además de ciertos beneficios, principalmente ayudas económicas destinadas a llevar a cabo una investigación paralela o como complemento salarial”* (pag 105). Esta situación, y los procedimientos que se derivan de ello en la realización y el curso de la mayoría de los ensayos, se describe ha sido descrito en términos muy similares por quien fue el subdirector de otra de las principales revistas médicas, JAMA, la de la Asociación Médica Americana (104).

En resumidas cuentas, *“los ensayos aleatorizados fueron creados para protegernos de los muchos tratamientos inútiles que hay en el mercado, pero sorprendentemente han otorgado el poder de la producción del conocimiento a las grandes farmacéuticas, que hoy utilizan los ensayos para conseguir que los tratamientos con poco o nulo valor (terapéutico novedoso) sean aprobados, incluso aunque puedan resultar altamente nocivos”* (51, p. 107).

c) Organizaciones supranacionales

En la valoración de la seguridad de los productos se puede observar una cierta tendencia a la configuración de registros para la autorización y agencias evaluadoras de carácter supranacional, en especial en espacios económicos que actúan como un mercado único de cierta clase de productos, y también al reconocimiento mutuo de las actuaciones de otras agencias de países distintos si pertenecen al mismo espacio común..

El ejemplo más evidente de esta tendencia es la creación en 1995 de la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (105, cap. 4.), junto con la aprobación de ciertos procedimientos de reconocimiento mutuo en el sentido indicado en el ámbito del mismo espacio europeo común. El sometimiento de la autorización de determinados medicamentos a la Agencia Europea se limita por ahora de manera obligada a los productos biotecnológicos, pero con los procedimientos complementarios de reconocimiento mutuo mencionados se ha abierto la puerta a

evitar la necesidad de repetir procesos semejantes en cada país en que se pretenda comercializar un producto.

d) Constitución interna de las “agencias” evaluadoras.

Una segunda tendencia observable es a fomentar la constitución de los organismos evaluadores como “agencias” u organizaciones autónomas independientes del poder político en cada caso, fomentando a la vez su exclusión de los presupuestos públicos correspondientes y el establecimiento de mecanismos de autofinanciación basados en la actividad que desarrollen, y el pago de sus actuaciones por “los clientes” que acuden a obtener la evaluación y el registro de sus productos. Aunque en este caso se trata de un mecanismo desarrollado en diferente grado en países distintos, la Agencia Europea fue la primera en marcar el rumbo a seguir en esa dirección. Todo ello se complementa con la frecuencia y la facilidad del intercambio de profesionales (las “puertas giratorias” existen también en este campo) entre las agencias y la industria del sector.

Un efecto innegable de esas dos tendencias combinadas es el de facilitar la elección de agencia evaluadora por los productores de las tecnologías, sobre todo los medicamentos, sometidos a los procesos correspondientes de evaluación y autorización.

En las decisiones de elección se puede esperar que una de las razones que guíen aquélla sea la rapidez en la respuesta a la evaluación solicitada, que es muy diferente de unas a otras de las agencias existentes. Pero no se puede excluir que en los motivos de la elección se incluya también la valoración de la actividad de las propias agencias en términos de facilidad o frecuencia de emisión de valoraciones favorables. Ambos criterios pueden servir de vías para poner en cuestión el rigor de las evaluaciones que se realicen en esas condiciones, determinantes de la viabilidad económica de cada agencia, atendiendo de esa forma de manera prioritaria los intereses de las empresas productoras de los medicamentos sometidos a evaluación.

La influencia de estas cuestiones en los resultados de las evaluaciones realizadas por las agencias correspondientes en cada caso es innegable:

*las medidas que se han ido adoptando para tratar de garantizar la seguridad de los medicamentos y otros productos sanitarios, y para evitar la aparición de efectos nocivos secundarios al uso de éstos, no han impedido que se sigan produciendo hasta la actualidad más cercanos episodios en los que se ponen en evidencia tales efectos

nocivos, que llevan en ocasiones a la retirada de los productos o la imposición de determinadas cautelas para su utilización. Casos como el del Vioxx (Rofecoxib), un antiinflamatorio no esteroideo de la compañía Merck, que provocaba daños cardiovasculares; el de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia, cuyo ensayo clínico con miles de pacientes fue suspendido antes de su culminación por las evidencias surgidas de aumentar el riesgo de cáncer de mama; el del Lipobay, un medicamento para reducir los niveles de colesterol de la casa Bayer, igualmente retirado del mercado tras ponerse de manifiesto que producía destrucción de fibras musculares (rabdomiolisis); el de Avandia, un antidiabético oral de GlaxoSmithKline, retirado en Europa y cuyo uso se restringió en los Estados Unidos tras asociarse a episodios coronarios; el de Edronax (Reboxetina), un antidepresivo de Pfizer, en situación inversa al anterior, no autorizado en los Estados Unidos y de uso limitado en

Europa tras observarse efectos contradictorios con su indicación, que además habían sido ocultados por el laboratorio durante el proceso de su autorización europea; o el del Mediator (Benfluorex), un hipoglucemiante comercializado por el laboratorio Servier en Francia desde 1976, que fue retirado del mercado tras detectarse que producía daños en las válvulas cardíacas que habían provocado según algunas estimaciones, más de 500 muertes de pacientes y más de 3.500 hospitalizaciones.

*los efectos potencialmente nocivos del uso de ciertas tecnologías por todos los que las utilizan o las consumen, o por grupos determinados de entre ellos, o en relación con la frecuencia e intensidad de su uso, no se restringen a los medicamentos, sino que se extienden también a otra clase de tecnologías sanitarias, como, con ejemplos muy diferentes, la radiología diagnóstica en su cada vez más distintas modalidades; el *screening genético preimplantacional* (esta última realizada con frecuencia desproporcionada en nuestro país respecto a las prácticas en otros países de nuestro entorno, al amparo de una legislación y un control permisivos); los marcapasos (un desfibrilador implantable de la casa Medtronic fue retirado del mercado hace unos años, tras haber provocado varias muertes); o algunas prótesis de rodilla (Menaflex), cuya aprobación por la FDA fue puesta en cuestión tras observarse, además de ciertos defectos con su uso, diversas irregularidades en su proceso de autorización .

Esos ejemplos, y otros que podrían ponerse, permiten considerar que, incluso en el terreno de lograr la seguridad en el uso de los distintos productos sanitarios, se está

aún lejos de lograr un nivel adecuado y generalizado de garantías para su utilización, en buena parte por los intereses económicos que la guían de manera principal.

Otra consecuencia añadida es que la valoración de los efectos secundarios nocivos de los medicamentos y otras tecnologías que pueden haber pasado desapercibidos en los ensayos preautorización realizados han exigido en muchos países el establecimiento de mecanismos y sistemas de farmacovigilancia postautorización, e incluso su regulación y desarrollo en ámbitos supranacionales, como es el caso de la Unión Europea.

1.3.2. El control de costes.

a) Algunas consideraciones previas.

a.1) Aspectos generales de la regulación de costes

Al principio de este apartado se ha indicado ya que los costes crecientes de la introducción de la innovación tecnológica, sin una evaluación adecuada de sus ventajas añadidas en términos de coste-beneficio y coste efectividad respecto a otros productos ya existentes, son el principal factor que está poniendo en cuestión actualmente la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios. A la vez, a lo largo de este capítulo se ha puesto también de manifiesto que las industrias de tecnologías sanitarias, en especial la farmacéutica, son actualmente también el sector de la economía productiva más potente, en términos de beneficios sobre capital invertido, nivel de actividad o capitalización, y generan actividad y empleo de gran importancia en las economías de todos los países desarrollados.

Esa doble condición constituye una referencia indispensable para entender los instrumentos de regulación que se han puesto en marcha en todo los países para contribuir a controlar el crecimiento del gasto tecnológico, en especial el farmacéutico, y las limitaciones de los mismos en términos de contribuir a controlar ese gasto. Esta es, además, una labor en la que el éxito alcanzado varía de unos países a otros, en relación, entre otros factores, con la existencia o no de una industria propia, que contribuya de manera más o menos importante tanto al empleo como a la economía de cada país, que, como consecuencia, pueda constituir un objetivo preferente o no del desarrollo industrial de cada uno.

a.2) Los costes de los nuevos productos biotecnológicos.

Otra advertencia previa añadida es que los diferentes instrumentos de regulación y control a los que se hace referencia a continuación corresponden a la época previa al desarrollo de los nuevos productos desarrollados con biotecnologías cuya característica principal es un nivel de precios muy elevado. Respecto al control del gasto que supone el uso de esos nuevos productos, los instrumentos “tradicionales” a los que se hace referencia a continuación no permiten considerar de entrada que los mismos puedan ser útiles por sí solos, al menos sin otros instrumentos específicos nuevos y añadidos, para abordar el control del gasto en estos nuevos productos.

En relación con el Sovaldi, por ejemplo, se han producido ya movimientos en el ámbito de los países de la Unión Europea para tratar de dar un respuesta común al elevado nivel de los precios establecidos por el laboratorio fabricante del producto, Gilead, en todos los países (106). (Por otra parte, ese laboratorio no es el que llevó a cabo la investigación para desarrollarlo, sino que se limitó a comprar hace algún tiempo el que había llevado a cabo la investigación previa).

Las medidas de colaboración entre países para afrontar las políticas de precios de los laboratorios fabricantes de los nuevos productos están todavía en una fase muy inicial, que no ha dado resultados efectivos hasta ahora. En todo caso, medidas de colaboración transnacional de ese tipo, que han sido demandadas con anterioridad desde algunas instancias políticas (87), parecen imprescindibles para afrontar los problemas no sólo cuantitativa, sino también cualitativamente distintos, que generan estos nuevos productos.

a.3) Actuaciones sobre los costes de los nuevos productos y situación de los medicamentos “tradicionales”.

Un peligro añadido del desarrollo de este tipo de productos es que el intento de afrontar su cobertura pública se pretenda llevar a cabo mediante la reducción del gasto público en los medicamentos “tradicionales” que se usan para el tratamiento de patologías más comunes que afectan a grupos más amplios o la totalidad de la población. El principio de que “no se puede dar todo a todo el mundo y siempre” está calando en sectores cada vez más amplios de la población e incluso entre intelectuales y grupos sociales de gran influencia (107). Pero, en relación con estos nuevos productos, la solución de ese dilema precisa un debate social y ético en profundidad, y

requiere tener también en cuenta los resultados sociales que puede tener limitar la atención sanitaria más común, incluida la farmacéutica, a la mayoría de la población, para proporcionar los remedios más novedosos y costosos a grupos de población que, por numerosos y amplios que sean, serán siempre una proporción menor de ésta. A la inversa, proponer que la cobertura pública excluya de su panel de atención la financiación de estos nuevos productos, de manera que sean sólo asequibles a las economías individuales de mayor capacidad adquisitiva de cualquier país, puede producir efectos sociales igualmente inaceptables en términos de inequidad y de ruptura de la cohesión social, por otra parte condiciones imprescindibles para el

desarrollo económico de cualquier país democrático, en los que, sin embargo se observan tendencias crecientes a la desigualdad (108).

Afrontar de manera coherente el conjunto de problemas que provoca el desarrollo y la difusión de estos nuevos productos requiere, por eso, precedidos del debate social al respecto que sea necesario, el planteamiento y el debate de medidas extraordinarias y específicas para hacerle frente, como algunas que se han comentado en el apartado de este trabajo relativo a la financiación sanitaria.

Pero requiere también que, de manera complementaria, se desarrollen y mejoren a la vez las medidas que se han venido utilizando hasta ahora para afrontar el aumento de costes y gasto que ha generado el consumo de los productos farmacéuticos “tradicionales” de uso más común. Es a la descripción general de esas medidas a lo que se dedica el apartado siguiente.

b) Regulaciones e intervenciones públicas utilizadas para el control del gasto farmacéutico.

Se han hecho muchas descripciones de las medidas que se han utilizado en la mayoría de los países desarrollados con ese fin (109; 110; 105, cap. 2; 111; 112; 113).

La descripción pormenorizada de cada una de esas medidas, los países en que se han aplicado, y los efectos producidos por su aplicación, sea individual de cada una o mediante combinación de varias de ellas en cada país, resulta imposible aquí. Cabe, sin embargo, enunciarlas, atendiendo a ciertos criterios de clasificación, haciendo a continuación algunas precisiones sobre las características generales de la forma y extensión con las que se han aplicado.

El primer criterio de clasificación posible se refiere a la forma que adoptan, según vayan dirigidas directamente a reducir el gasto farmacéutico público, a las que se denomina como medidas “directas”, o vayan orientadas a modificar conductas de los usuarios, los profesionales, tanto los médicos como los farmacéuticos, o de la propia industria, con el objetivo de alcanzar un uso más adecuado y razonable de los productos, o de modificar pautas y protocolos de comportamiento profesional, de lo que pueden derivarse efectos indirectos sobre el gasto farmacéutico. Esta segunda clase de medidas se califican como “indirectas”.

Las medidas pueden también clasificarse en relación con el ámbito en el que actúan como medidas “sobre la demanda” o “sobre la oferta”.

Finalmente pueden ser “coercitivas” o “indicativas o no coercitivas”, según sean impuestas y de obligado cumplimiento o sólo sugestivas de formas de consumo o de actuación profesional.

Una combinación de los criterios anteriores permitía en 1999 hacer la siguiente relación de esas medidas (109):

*Medidas directas

-sobre la demanda:

-coercitivas: copagos

-no coercitivas: precios de referencia.

-sobre la oferta:

-coercitivas: listas positivas de medicamentos financiados; listas negativas; control de precios; control de beneficios; tamaño de los envases; nº de prescripciones por receta; presupuestos médicos.

-no coercitivas: presupuestos médicos indicativos: apoyo explícito a genéricos; sustitución por farmacéuticos; pago fijo a oficinas de farmacia; evaluación económica de los consumos; precios de referencia.

*Medidas indirectas

-sobre la demanda

-coercitivas: exigencia de receta en modelo oficial.

-no coercitivas: educación para la salud; implicación en programas de atención farmacéutica.

-sobre la oferta:

-coercitivas: límites al gasto en publicidad; penalización de mala praxis profesional; penalización de la percepción de recompensas económicas o en especie por prescripción inducida.

-no coercitivas; seguimiento d patrones de prescripción; información y educación de la prescripción; atención farmacéutica; modificaciones en los sistemas de retribución y los márgenes de las oficinas de farmacia.

El informe citado de la Comisión Europea de 2010 utilizaba un método de clasificación algo diferente, en el que se distinguen las medidas relacionadas con la oferta, y las relativas a actuar sobre los distribuidores, los médicos y los pacientes.

Entre las primeras, cabe incluir en este caso los precios de referencia externos (por comparación con los precios de otros países) e internos (en relación con productos de composición y actividad similar), aplicados respectivamente en 24 y 20 países de los 28 que formaban parte en ese año de la Unión Europea ampliada. Otras medidas citadas en el informe relacionadas con la oferta incluían: la limitación de la cobertura pública a la demostración de determinados criterios de eficacia y coste-efectividad de los nuevos productos; la regulación de los mecanismos de autorización y fijación de precios y plazos de lanzamiento al mercado; o, por último, los controles directos del gasto, incluidos entre ellos la congelación de los precios, la posibilidad de aplicar descuentos en su facturación por distintos clases de proveedores, los reembolsos retroactivos si se superan determinadas cantidades prefijadas en los presupuestos, los contratos de riesgo compartido, o los mecanismos de licitación y concurso o subasta para limitar la oferta pública a un número limitado de marcas.

Por su parte, entre las segundas se incluían las actuaciones sobre los farmacéuticos. Una de ellas era la capacidad discrecional u obligatoria de dispensar el producto bioequivalente o genérico más barato, una medida que en el momento de la emisión del informe era obligatoria en 8 países de la Unión, estaba permitida de forma indicativa no obligada en 14 países, y no estaba permitida en otros 7. En esa fecha, 23 Estados de la Unión se aplicaban precios de venta al por mayoría los farmacéuticos, y en todos los Estados miembros de ésta estaba autorizada la modificación de los precios fijados por ley en el momento de la venta, fuese al alza o para efectuar rebajas en los mismos, o su sustitución por un pago fijo (Holanda), o por servicio (UK).

Con respecto a los médicos, en 22 de los Estados miembros de la UE se controlaba en aquella fecha de alguna manera, en especial mediante la prescripción electrónica, su conducta prescriptora. La mayoría de los países de ese ámbito disponían de guías orientativas de la prescripción, y la realización de ésta conforme al nombre no comercial del medicamento (denominación internacional no de marca, INN) era obligatoria en 5 países, se aconsejaba en 18, y estaba prohibida en 4. En 9 países se utilizaban en ese momento presupuestos de prescripción máximos por médico, y en otros 6 se establecían objetivos porcentuales de prescripción de genéricos. En 11 había establecidos incentivos o penalizaciones en función del seguimiento o no de las guías de prescripción, o del cumplimiento o superación de los límites presupuestarios de prescripción fijados. Por otra parte, la mayoría de los Estados miembros llevaban a cabo actuaciones dirigidas a proporcionar información y asesoramiento a los médicos para su prescripción.

Por último, en el informe, además de las campañas de información dirigidas al público para crear conciencia sobre el uso racional de los medicamentos, en especial, el de algunos grupos terapéuticos, como los antibióticos, o sobre el valor de los genéricos, se definía como la forma de actuación más característica sobre los pacientes la imposición de copagos, que existían en todos los países de la Unión Europea menos Irlanda.

El valor principal de esta nueva relación en relación con la primera es llamar la atención sobre la adición de algunas medidas nuevas que se añadieron en esa década. La inclusión de éstas entre las medidas aplicadas es la mejor prueba de que se trata de un terreno no cerrado, en el que se están introduciendo modificaciones e innovaciones permanentes en todos los países con objeto de lograr un cierto control del aumento del gasto, con resultados siempre limitados a la vista de la evolución permanente de éste, siempre en sentido creciente, al que se hace referencia a continuación. Se trata de una batalla en la que no parece haber posibilidades de descanso frente a la capacidad persistente de la industria farmacéutica de soslayar por procedimientos diferentes los efectos de las medidas adoptadas en cada momento y país.

Entre las nuevas medidas que comenzaron a aplicarse en esa década cabe en todo caso destacar la valoración del coste-efectividad de los nuevos productos en relación con los similares existentes de manera previa, los contratos de riesgo compartido, o los procedimientos de licitación y subasta para limitar las marcas utilizadas en el ámbito público, ninguna de las cuales se empleaban, al menos de manera significativa, al

principio de esa década y que, sin embargo, tienden ahora a utilizarse de manera generalizada.

Hay, en todo caso, algunas medidas que, por su utilización extensiva en la mayoría o la totalidad de los países desarrollados que son objeto de análisis, o por la novedad de su aplicación y las dificultades o ventajas derivadas de su uso que se están observando al llevar a cabo ésta merecen una explicación más amplia, que se lleva a cabo a continuación.

c) La utilización de copagos.

En lo que hace referencia a los copagos, y recogiendo los análisis de otros informes previos (111) el informe de la UE de 2010 comienza por destacar que no hay ninguna experiencia ni estudio que compare los efectos sobre el gasto farmacéutico entre el uso de medicamentos no sometido a ningún copago, que no se daba en ningún país, salvo Irlanda, y el derivado de copagos impuestos; pese a lo cual, la imposición de copagos de uno u otro nivel y forma de aplicación es general en Europa y en la mayoría de los países desarrollados. El informe subraya, sin embargo, que los efectos de los copagos, que teóricamente pueden contribuir a promover un uso más racional de los medicamentos, son inciertos:

*diferentes estudios (114; 115) demuestran que, como resultado de los cambios en la participación de los pacientes en los costes de los medicamentos, los pacientes tienden a usar menos tanto los medicamentos que son esenciales para su salud como aquellos otros que no lo son. Como consecuencia de esa reducción homogénea de una y otra clase de productos por efectos de los copagos, se pueden producir efectos lesivos sobre la salud de la población. Los copagos pueden reducir también la adherencia a los tratamientos prescritos (116), con lo que pueden contribuir a obtener peores resultados en salud. (Un trabajo posterior (117) permitió observar que, por el contrario, la supresión de los copagos puede contribuir a mejorar e igualar esos resultados) .

*En aquellos casos en que existen alternativas para tratar determinadas condiciones o enfermedades específicas, los copagos pueden utilizarse para desincentivar el consumo de los medicamentos menos coste-efectivos. Sin embargo, las pacientes carecen en la mayoría de los casos de la información sanitaria suficiente como para hacer esa clase de valoraciones. En estos casos, la utilización de listas negativas que excluyen la subvención del pago de los productos menos coste-efectivos constituye

una señal más clara para orientar el consumo de los productos hacia los más coste-efectivos, que el uso de los copagos con ese fin.

*la imposición de copagos puede percibirse como injusta, y puede gravar fiscalmente de manera no equitativa a los grupos de población más vulnerables. Aunque pueden diseñarse mecanismos de excepción de los copagos como vía de evitar copagos de efectos fiscalmente regresivos, es difícil diseñarlos bien. Demasiadas excepciones pueden hacer inefectivo el propio sistema de copagos, a la vez que provocan costes administrativos importantes, que pueden poner en cuestión la utilidad del propio sistema de copagos. En el informe se destaca que, en el período 2008/2009, 24 de los 29 países de la Unión Europea aplicaban excepciones a los copagos para los grupos más vulnerables, utilizando para ello una escala de ingresos, u otros procedimientos relacionados con el estado de salud (enfermedades con riesgo vital, crónicas u otras). La utilización de esos procedimientos de excepción de los copagos de los grupos de población que, por sus propias características, son responsables de la mayor parte del gasto farmacéutico, hacen menos efectivo por sí mismo el sistema de copagos para reducir esa parte del gasto (115).

*los copagos pueden contribuir a fomentar el incremento del precio de los productos farmacéuticos, al aumentar las fuentes de financiación de los mismos medicamentos por la adición a la misma de las propias fuentes privadas que se derivan de su aplicación.

La conclusión global que se deriva en ese informe, por otra parte coincidente con las de otros muchos trabajos previos, es que los copagos tienen resultados inciertos en términos de control de costes. La dificultad de su diseño estriba en que se debe asegurar que contribuyan a evitar el sobreconsumo, a la vez que se evita la reducción del uso de medicamentos esenciales para la salud, en especial por los grupos más vulnerables de la población. En este sentido, se sugiere que la exclusión de los medicamentos no esenciales y menos coste efectivos puede ser una alternativa más adecuada. Por otra parte, a efectos de reducción de costes, puede ser eficaz la imposición de copagos más reducidos para los medicamentos más baratos y más coste efectivos. Teóricamente, este procedimiento puede servir a la vez como incentivo adicional para los pacientes para adquirir los productos más baratos y para que la industria pueda reducir los precios de los productos que reúnan esas condiciones.

En el cuadro siguiente, tomado de una publicación de la *Office of Health Economics* británica (117), se resume la situación de la aplicación de los copagos en distintos

países de la Unión Europea. Mayores detalles sobre las características específicas de los copagos en cada país se pueden ver en *Review of Prescription Charges in Western Europe, North America and Australasia* (118).

Tabla 5 . Perspectiva general de los copagos farmacéuticos en Europa

1. Sin copago	Países Bajos y Malta
2. Tarifa plana	Austria, Italia y Reino Unido (con la prescripción implícita del certificado prepago).
3. Porcentaje Variable	Bélgica, Francia, Grecia, Estonia, Finlandia (con tope anual), Letonia, Lituania, Polonia, Portugal, Eslovaquia, Eslovenia y España
4. Porcentaje Fijo	Chipre, Alemania y Noruega
5. Porcentaje variable, descendente en función del gasto acumulado durante un período determinado, con un tope absoluto de aportación personal.	Dinamarca y Suecia
6. Deducible	Irlanda y Suecia
7. Muchos países tienen excepciones para ciertos productos, así como para determinados pacientes de grupos socio-económicos determinados	

d) La valoración de la razón de coste-efectividad de los productos, y la constitución de agencias de evaluación.

Los efectos de la difusión de las tecnologías sanitarias sobre el aumento del gasto de los servicios que las aplican, de cuyo crecimiento son el determinante principal en el momento actual, han provocado por parte de aquéllos dos clases de respuestas generales: de un lado se ha producido una respuesta institucional, consistente en la creación de órganos de distinta naturaleza constituidos para llevar a cabo la evaluación de la eficiencia del gasto en el que se incurre con la adopción de las nuevas tecnologías; de otro, se ha ido creando una metodología para llevar a cabo las evaluaciones mencionadas.

d.1) La creación de agencias de evaluación.

Desde el punto de vista de la creación de entidades dedicadas a la evaluación de la eficiencia de la innovación tecnológica, la de la primera de esa clase de entidades tuvo también lugar en los Estados Unidos, donde a mediados de los años 70 del siglo anterior se creó la OTA (*Office of Technology Assessment*), que tras su primer informe, publicado en 1976, acuñó en 1982 una definición de tecnologías sanitarias que es la que se aplica en la actualidad en todas partes. Conforme a ella, tecnologías sanitarias son “*el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica, y los sistemas organizativos dentro de los cuales se provee el cuidado*”.

La Oficina, constituida de manera independiente a la FDA, orientó su actividad principal de manera original respecto a ésta al análisis del coste-efectividad de una y otra clase de tecnologías sanitarias, incluidos los medicamentos, sin dejar por eso de lado los aspectos de la seguridad y la eficacia de los mismos. Además de ese nuevo enfoque económico de la evaluación, otro aspecto diferencial con la actividad de la FDA es que sus trabajos, lo mismo que los de las entidades creadas después en otros países, no se centraron en productos que estuviesen pendientes de recibirla autorización correspondiente para su comercialización, sino, por el contrario, en el de productos ya lanzados al mercado y en uso por los servicios sanitarios, centrando su interés en unos u otros según su coste individual o colectivo, y elaborando también propuestas dirigidas a considerar qué sectores o áreas de la actividad sanitaria se podrían beneficiar más de esa clase de evaluación.

La primera extensión de esta clase de iniciativas, con cierta demora en el tiempo, se produjo con la creación en Suecia a finales de los años 80 siguientes del denominado *Swedish Council on Technology Assessment in Health Care* (SBU según las siglas en su idioma). Según el texto del que se ha tomado esta descripción⁸, a partir de finales de los años 80, y durante las dos décadas siguientes, la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTA según sus siglas inglesas) “*se difundió a casi todos los países*

⁸Se trata de un texto (120) del suplemento 1 de 2009 de la revista *International Journal of Health Technology Assessment in Health Care*. El suplemento completo contiene una descripción del origen y la situación de la evaluación de las tecnologías sanitarias en hasta 34 países, regiones y zonas del mundo diferentes, además de la explicación de otros desarrollos llevados a cabo en este campo, como la creación de revistas, bases de datos y otras actividades que han ido sirviendo de soporte a la homogeneización y mejora de los métodos que dan pie a esta clase de evaluaciones, a cuyas características se hace referencia a continuación.

europesos, y después a algunos de los países más ricos de Europa Central, América Latina y Asia”, un patrón coincidente con las áreas geográficas donde el gasto sanitario es más elevado.

En los países europeos, existen agencias de evaluación con funcionamiento efectivo entre otros en Dinamarca, el Reino Unido, Francia, Alemania, Holanda y Suecia (120’). El carácter regulador o simplemente asesor varía de unas a otras: de entre esos países, tienen capacidad reguladora para excluir el uso de determinados productos en Dinamarca, el Reino Unido, Francia, y Suecia, y solamente asesor en los casos restantes. También varían de unos a otros países la función que desarrollan: en unos casos intervienen en la decisión de incluir o no los productos en la cobertura sanitaria pública de cada país, lo que ocurre en la totalidad de los citados; además, en algunos de ellos (Francia, Holanda y Suecia) la agencia interviene también en la fijación de los precios de los productos.

La línea seguida por la OTA norteamericana en su actividad y en su propia constitución como organismo asesor marcó en todo caso también los desarrollos posteriores de los organismos similares creados en otros países. Aun manteniendo el carácter público peculiar y propio de los países de tradición anglosajona, el denominador común de esta clase de entidades en todos los países es que, como tales organismos asesores, no suelen tener relación directa con los servicios sanitarios de cada país, de manera que sus informes se utilizan de manera discrecional por aquéllos, según el grado de vinculación con las propuestas que quieren hacer efectivas las autoridades sanitarias responsables de los servicios⁹. En relación con ello, son también variables de unos u otros países los grados de libertad en la elección de las materias concretas a examinar por parte de estas entidades.

Por otra parte, en el caso de la OTA americana, se trataba de una entidad creada formalmente al servicio del Congreso norteamericano, no al del público en general ni al de la rama ejecutiva del Gobierno. El propio Congreso creó a principios de los años 80 otro órgano, el Centro Nacional para la Tecnología Sanitaria (*National Center for Health Care Technology*, NCHCT), que solo existió durante dos años, desde 1980 a 1982, durante los cuales utilizó los informes y propuestas elaborados por la OTA para

⁹Sobre la caracterización de este problema como una cuestión general que se puede observar en todos los países donde se han puesto en marcha de una u otra forma instrumentos institucionales para llevar a cabo la evaluación de las tecnologías sanitarias se puede ver *Breaking down the barriers: linking knowledge production and decision-making* (121).

asesorar al programa Medicare, que cubre la atención sanitaria de los jubilados de aquel país, en la selección de los productos, servicios y tecnologías a incluir en la cobertura ofrecida por el programa. Por razones que se indican más adelante, la OTA fue suprimida en 1995, siendo sustituida en su papel puramente asesor por el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de aquel país.

La azarosa vida institucional de la evaluación de las tecnologías sanitarias en los Estados Unidos, que fueron su lugar de origen, y donde en la actualidad carece de una representación institucionalizada permanente, supone un buen indicio de los problemas que esta clase de entidades han tenido y siguen teniendo en muchos países. El apoyo político a su desarrollo institucional ha sido y es variable en muchos de ellos (122), incluso en las condiciones de necesidad de esta clase de evaluaciones que supone el gasto sanitario creciente que pone en cuestión la sostenibilidad de muchos sistemas sanitarios, que, como se ha argumentado previamente, se debe en buena parte en el momento actual a la introducción y el uso de las diferentes tecnologías sanitarias.

En todo caso, en cuanto a las formas de actuación de este tipo de “agencias” se ha movido entre dos modelos polares: en la mayoría de los países las entidades correspondientes se han limitado a elaborar con mayor o menor grado de precisión análisis comparados de la efectividad y la eficiencia de determinados productos con los de otros existentes en cada mercado, aplicando los métodos de evaluación a los que se hace referencia más abajo.

Sólo hay un caso en el que esa labor se ha complementado con otra que parecería imprescindible si se tiene en cuenta que la mayoría de los análisis se refieren a productos que ya están autorizados y que, por tanto, en la mayoría de los casos ya están siendo utilizados. Esa excepción, es el NICE (*National Institute of Clinical Excellence*) inglés, que empezó a funcionar como “quango” (organismo autónomo no gubernamental, uno más de los creados por el Gobierno laborista de Tony Blair, cuya naturaleza fue modificada por el actual gobierno conservador) en 1999. Además de realizar estudios del tipo indicado, que son utilizados por el NHS para incluir o no en su panel de prestaciones determinados productos, el NICE ha venido centrando una parte complementaria de su labor en la elaboración de protocolos o guías clínicas para el uso de determinados productos, medicamentos u otras tecnologías, en el propio Servicio Nacional de Salud (NHS) inglés, o para el abordaje preferente con unos u otros medios de determinadas patologías según las condiciones clínicas de los casos.

Tales guías son de aplicación obligada en el ámbito del NHS en unos plazos determinados una vez han sido aprobadas¹⁰. Que sus propuestas hayan sido contestadas en ocasiones desde algunos medios profesionales no quita para considerar la utilidad de esa actuación en términos de un uso más coste-efectivo de las tecnologías correspondientes y de la elección de la forma de tratamiento más adecuada para cada grupo de casos.

Un último aspecto a considerar en la constitución de entidades de una u otra naturaleza en diferentes países dedicadas a la evaluación de tecnologías es la influencia que pretenden ejercer sobre las mismas también en este caso las empresas de los sectores industriales cuyos productos son los que se someten a la evaluación de aquéllas. Como en el caso de las entidades dedicadas a la valoración de la seguridad y eficacia de los productos de manera previa a su autorización, esta clase de empresas aspira a ejercer su influencia sobre las entidades dedicadas a la evaluación de las tecnologías por vías directas e indirectas.

De las primeras pueden servir de ejemplo las peticiones de la OMS al NICE inglés en 2003 para que aclarase sus relaciones de soporte financiero con la industria ante determinadas recomendaciones que había elaborado que favorecían los intereses de determinadas empresas (124; 125). De las segundas, el soporte financiero y, en consecuencia, la orientación y el control efectivo que otras empresas ejercen sobre las bases de datos de Medicina Basada en la Evidencia (que realizan búsquedas bibliográficas exhaustivas y revisiones sistemáticas de cuanto se publica sobre determinadas materias, lo que facilita la elaboración de estudios agregados y conclusiones que orientan las pautas a seguir en el abordaje de diferentes enfermedades y situaciones y la utilización en ellas de las tecnologías médicas), que sirven de soporte al trabajo de las agencias de evaluación. La más conocida de esas bases de datos es la llamada “Colaboración Cochrane”, que tampoco se ha librado en sus orígenes de esa influencia (126) .

¹⁰Sobre los procedimientos de actuación del NICE para la elaboración de esa guías, que mediante procedimientos de consulta pública garantizan la participación en su elaboración incluso de los grupos de ciudadanos interesados se puede ver en Bravo Y. *La evaluación de tecnologías sanitarias en el Reino Unido: situando al NICE en su contexto.* (123).

d.2) Metodología de trabajo de la evaluación económica.

En cuanto a la metodología de trabajo de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias, se trata de una disciplina que, desarrollada a partir de los ámbitos de la Economía de la salud, se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo, sin que pueda considerarse una materia cerrada que permita utilizar un mismo modelo de estudios comparables a cualquier situación.

El objetivo global se puede definir en términos de comparación de los resultados de las intervenciones a evaluar sobre el estado de salud de los individuos afectados con el impacto de la intervención sobre el consumo de recursos económicos correspondiente a esas mismas intervenciones sometidas a evaluación. Pero eso puede dar lugar a estudios de tipos muy diferentes (de minimización de costes; de coste-efectividad; de coste-utilidad; o de coste-beneficio), cuyas diferencias exceden con mucho las posibilidades de explicación en un texto como éste.

De cualquier forma, los análisis que se pueden llevar a cabo dependen en buena parte de la información sanitaria y económica disponible en cada caso, lo que, como se puede fácilmente comprender, varía notablemente de unos a otros países, e incluso dentro de cada país, de unos u otros procedimientos o productos a evaluar. Como consecuencia, es difícil llegar siquiera a alcanzar una cierta estandarización de los procedimientos de evaluación a desarrollar incluso dentro de cada país. (De la dificultad de esta tarea puede dar idea que una primera propuesta muy general de estandarización de condiciones y procedimientos a seguir en España para la evaluación económica de tecnologías sanitarias, resultado de un grupo de trabajo con participación pública y privada, incluyendo la de diferentes empresas de los sectores implicados, promovido por el Ministerio de Sanidad y hecha pública en 2010 (127)).

Otros países de menor desarrollo económico recurren a la experiencia de países más desarrollados para ir creando sus sistemas y procedimientos de evaluación (128), lo que conlleva las dificultades añadidas derivadas de la diferente disponibilidad por parte de unos y otros de sistemas y niveles de información, tanto económica como sanitaria.

A la dificultad de desarrollar esta clase de sistemas de evaluación contribuye también la dificultad de comprensión de los resultados de las evaluaciones realizadas, y de las consecuencias que se pueden derivar de las mismas, no sólo por la población en general, sino incluso por buena parte de los responsables políticos y los gestores de los servicios sanitarios.

En la línea de encontrar instrumentos que puedan facilitar una visión dotada de una cierta objetividad de los resultados obtenidos en las evaluaciones, quizás el instrumento más relevante fue el diseño del concepto de “años de vida ajustados por calidad” (QALYs), que ha evolucionado y sufrido distintas modificaciones metodológicas que han dado lugar a otros conceptos posteriores equivalentes, y su comparación con el coste del logro de cada año de vida añadido con cada una de las tecnologías sometidas a evaluación. El cálculo requiere de una amplia información disponible, que sólo lo está en algunos países. En uno de ellos, también el Reino Unido en este caso, se estableció como criterio estándar la aceptación por el NHS de aquellas nuevas tecnologías cuyo coste por año de vida añadido no superase las 30.000 libras. En otros países, como principalmente los Estados Unidos, o Francia, como se indica a continuación, hay un rechazo explícito (incluso legal) a utilizar criterios expresos como los citados, y hasta a establecer la comparación entre tecnologías distintas en esos términos.

Otro tipo de problemas metodológicos que afectan a la evaluación de tecnologías sanitarias es la dificultad que supone que lo que se compara habitualmente es la relación coste-beneficio o coste-efectividad de unas tecnologías con otras en el uso individual de cada una de ellas, lo que puede incluso variar de unos a otros grupos de personas según diferentes características o situaciones, pero que de esas comparaciones no se deriva necesariamente una conclusión en cuanto al uso y la distribución colectiva de los recursos más adecuada a realizar por los servicios de salud (129).

A su vez, si lo que se evalúa es qué combinación de técnicas puede resultar más coste-efectiva o beneficiosa, y como consecuencia de la misma se excluye de manera general el uso de ciertas tecnologías por la aplicación de criterios fijos como los que se han mencionado, ello puede dar lugar a las demandas de grupos de pacientes que se podría ver beneficiados también en términos coste-efectivos del uso de algunas de ellas.

Pese a todo, conforme a algunas evaluaciones recientes (130), la evaluación económica de los medicamentos ha contribuido en distintos países a mejorar los mecanismos de fijación de precios de estos productos, que previamente se guiaba por criterios más arbitrarios, y ha permitido también decisiones más informadas en materia de cobertura pública de la prestación farmacéutica, de manera que beneficie

más a aquéllos que pueden beneficiarse más de ella. Lo que no quita para que se trate de un sistema en mejora constante.

Por su parte, entre los factores que se han destacado como más influyen para promover reducciones en el gasto como consecuencia de los estudios comparativos de la efectividad y eficiencia de los distintos productos farmacéuticos se encuentran los incentivos de distinta naturaleza dirigidos a los médicos, que hacen que sea difícil cambiar sus pautas de prescripción, la ambigüedad que acompaña con frecuencia la difusión de los resultados de los propios estudios, los sesgos posibles en la interpretación de los mismos, y el escaso apoyo prestado a su difusión tanto entre médicos como entre pacientes (131).

d.3) Otros factores que influyen sobre los efectos de la evaluación de tecnologías. Una panorámica real del desarrollo de la evaluación de las tecnologías sanitarias en diferentes países tiene que considerar que las dificultades para su desarrollo no derivan sólo ni ante todo de los problemas estructurales y organizativos que se han apuntado, ni tampoco de las debilidades teóricas y metodológicas propias de una disciplina y actividad de desarrollo relativamente reciente y en continuo desarrollo

Por el contrario, se trata de subrayar aquí que una parte importante de esas dificultades deriva ante todo de los valores que subyacen a una y otra clase de servicios sanitarios, desarrollados de manera distinta en diferentes países.

La mejor expresión de esta afirmación son los Estados Unidos, un país que, como se repite con frecuencia, se caracteriza por disponer de cobertura pública sanitaria tan sólo para determinados grupos de población (*Medicare* para los jubilados; *Medicaid* para la población de bajos ingresos; una organización específica para los veteranos del ejército), que sigue dejando sin cobertura alguna a más del 15% de su población, y que cubre al resto mediante el recurso al aseguramiento privado (de más de 4.000 compañías aseguradoras existentes en aquel país), en la mayoría de los casos concertado por las empresas para sus trabajadores, y que cambia con el cambio de puesto de trabajo.

Esa situación, que no es puesta en cuestión por una parte importante de la población de ese país, que concibe que la protección sanitaria debe ser sólo accesible para aquel que puede pagarla, es la que ha sido puesta en cuestión por la reforma que el presidente Obama consiguió que se aprobara finalmente en marzo de 2010. Mediante ella se pretendió extender a partir de 2014 la cobertura sanitaria a 30 de los más de 45 millones de norteamericanos que carecían por completo de ella.

Una de las razones para emprender esa reforma, una tarea que ha tenido un elevado coste político para el presidente, como pusieron de relieve las elecciones parciales al Congreso y a los Gobiernos de los Estados realizadas en 2010, eran los costes crecientes y sin ningún control del sistema americano. Unos costes que se asientan principalmente, como numerosos estudios subrayaron durante el debate de la ley (*Affordable Care Act*, ACA), en el consumo intensivo, poco eficaz y menos eficiente, que se hace de las tecnologías sanitarias más novedosas por grupos limitados pero significativos (los más ricos) de la población.

En relación con esa razón de crecimiento del gasto sanitario en aquel país, una de las medidas que se trataron de introducir para controlarlo fue la de someter a su vez a control la introducción de las nuevas tecnologías en el mercado americano mediante la evaluación económica previa a su incorporación a éste de las nuevas tecnologías. Por el contrario, la aprobación limitada de la reforma que se logró precisó la aprobación de una cláusula concreta (*The Patient Protection and Affordable Care Act* PL 111-148. 3-23-2010) que prohíbe de manera expresa al Instituto de Investigación de Resultados Centrados en el Paciente (*Patient-Centered Outcomes Research Institute*, PCORI), creado en la misma Ley, “desarrollar o emplear estudios en dólares de QALYs (o medidas similares que introduzcan descuentos en el valor de la vida en función de discapacidades individuales) que puedan utilizarse como umbral para establecer qué tipo de atención sanitaria es coste-efectivo o recomendado. El Secretario (de Sanidad) no utilizará ningún estudio de QALYs (o medidas similares) como umbral para determinar la cobertura, reembolso, o programas de incentivos desarrollados bajo el título XVIII”.

El argumento con el que se introdujo esa cláusula fue el de evitar “comités de muerte” (“*deathpanels*”) ,a lo que se ha hecho ya referencia, que pudieran recomendar la restricción de algunas prestaciones a pacientes ancianos, o pudieran de alguna manera recomendar la limitación del uso de determinadas tecnologías en pacientes en que su uso no resultase coste-efectivo (132). .La idea de restringir el uso individual de cualquier recurso con carácter general en función de criterios colectivos, distintos a la capacidad económica de cada cual, no pudo ser superada, como en otros, tampoco en este caso. A ello contribuyó también el enraizamiento que parece existir en el pueblo americano de una posición contraria a la ampliación de la actuación del gobierno (en especial del Gobierno federal) en terrenos que se consideran propios de la libertad

(económica) individual. Una posición que se ha encargado de promover hasta los extremos más incomprensibles desde la orilla europea el Partido Republicano.

Lo que, sin embargo, no pudieron evitar esas posiciones, netamente sesgadas a favor de los más ricos (y de las empresas productoras), y de la consideración de la atención y las tecnologías sanitarias como un bien de consumo “de lujo”, fue la constitución de un Comité independiente (*Independent Payment Advisory Board* IPAB) para asesorar y recomendar el uso más coste efectivo de las nuevas tecnologías en el ámbito público de *Medicare* (133). Los criterios de éste, en consecuencia, resultarán tan sólo de aplicación a los grupos de población jubilada de recursos económicos más limitados que son cubiertos por ese sistema. Pese a lo cual, este Comité no ha comenzado a actuar todavía por las resistencias a su constitución y desarrollo por parte de la industria farmacéutica, con el apoyo del Partido Republicano.

Por su parte, en Francia las normas en materia de Seguridad Social de 1945 han dificultado hasta hace muy poco tiempo, con un sentido contrario al norteamericano (aquí se trata de no limitar por razones económicas, y con el sentido igualitario que supone el sistema de Seguridad Social, cualquier prestación que pueda ser eficaz para cualquier paciente individual), desarrollar allí evaluaciones económicas de cualquier clase de tecnologías, en paralelo a las de la eficacia de los productos, que pudieran suponer un impedimento al reembolso de la prestación por razones de precio. Esa situación ha cambiado de manera reciente, con la creación por la Alta Autoridad Sanitaria (HAS) de aquel país, que regula las prestaciones sanitarias en el ámbito de la Seguridad Social citado, de una Comisión para la Evaluación Económica y de Salud Pública (CEESP). Ésta, compuesta por 26 miembros de diferentes áreas de conocimiento y dos representantes de asociaciones de pacientes, comenzó a ejercer sus funciones con la evaluación y recomendación de uso de productos concretos (estatinas en casos diversos de hipercolesterolemia).

En todo caso, y como se puede deducir de las experiencias citadas, americana y francesa, las dificultades para la constitución de las agencias de evaluación en todos los países, lo mismo que posteriormente el uso en uno u otro sentido de las evaluaciones realizadas, se debe, como se viene insistiendo, no tanto a factores de carácter técnico como de carácter estrictamente político, en un sentido que tiene que ver netamente con la capacidad de maniobra de los gobiernos respectivos respecto a la industria farmacéutica.

e) Medidas específicas dirigidas al control y reducción del gasto farmacéutico y tecnológico.

Probablemente no es casual que en el país, el Reino Unido, en el que se ha puesto de manifiesto un mayor interés en la puesta en marcha de instrumentos de evaluación tecnológica que permitan contribuir al mejor uso de las tecnologías desde el punto de vista de su coste-efectividad, coincida también en ser uno de los primeros en tomar la iniciativa de poner en marcha sistemas de compra de productos por su servicio sanitario orientados a mejorar el control del gasto en este campo.

Una de las vías para ello es hacer asumir a las empresas productoras el coste de la compra de los productos, o al menos una parte de él, si en un plazo determinado no justifican el valor añadido en términos de mejoras de los resultados, en salud y costes, obtenidos con determinados productos con respecto a los que ya existían cuando se introdujo el nuevo producto en el mercado. Se trata de los llamados “contratos de riesgo compartido”¹¹.

Otra vía que puede contribuir a controlar el gasto en este campo es la de sistemas de compras centralizados por parte de los sistemas sanitarios correspondientes, mediante el que oponer al poder monopólico que ejercen las empresas en este campo el “poder de compra” de las economías de escala que pueden facilitar los sistemas de compra integrados, aún en países de gestión sanitaria federal o descentralizada. Sin embargo, cuando se dan esas últimas circunstancias es muy frecuente que se diversifiquen y multipliquen no sólo los sistemas de compras, sino incluso la creación de agencias u otras entidades de evaluación de las tecnologías sanitarias (137). Cuando eso ocurre como expresión de la prioridad de la utilización política de las compras como manifestación del poder económico que se ejerce en un territorio determinado, por encima de la mayor eficiencia en el gasto que se puede obtener de sistemas integrados

¹¹Sobre este tipo de contratos se puede ver Puig-Junoy J., Meneu R. *Aplicación de los contratos de riesgo compartido a la financiación de nuevos medicamentos* (134). Una explicación de la aplicación concreta de este tipo de contratos por el NHS se puede ver en Jack A. *No Cure, No Cost.*(135). Se trata de un sistema de contrato no exento de problemas en su aplicación, de cuyo posible valor de cara a contribuir a controlar el gasto derivado de la incorporación de productos cuya eficacia se puede poner en cuestión puede ser una buena referencia la rapidez con la que se difunden esos problemas ante el público (ver, por ejemplo, Puig-Junoy J. Falta de resultados en la evaluación del riesgo compartido en esclerosis múltiple.(136))., que no debería eximir de intentar resolver esos problemas y avanzar en una aplicación razonable del procedimiento.

de evaluación y de compras, los resultados previsibles son la ruptura de las ventajas derivadas de las economías de escala posibles y, con ello, el aumento del gasto.

f) La evolución del gasto en medicamentos.

Cuántas revisiones se refieren a esta cuestión que se han utilizado como referencias para este trabajo, todas ellas relativas al ámbito de la Unión Europea (105; 113) comienzan por señalar que, así como la asistencia sanitaria en general está financiada públicamente de manera muy mayoritaria en la casi totalidad de los países europeos, no ocurre igual, o al menos al mismo nivel, en el caso de la prestación farmacéutica. En este caso existen diferencias significativas en la proporción de financiación privada que participa en la misma en cada país. Esa proporción depende tanto de los copagos que existen en cada caso, que varían de unos países a otros, como del consumo de productos no financiados (*over the counter*) que se dan en cada uno, en proporciones que, dependiendo de la calidad de los datos sobre el consumo global de medicamentos que se recogen en cada país, son de difícil comparación entre ellos.

Con esas salvedades, se puede decir que el gasto farmacéutico a 2004 era predominantemente privado en Bélgica, Dinamarca y, hasta poco antes de esa fecha, también en Italia (138).

Se puede también señalar que, entre 1980 y 2000, la proporción del gasto público sobre el total de gasto farmacéutico se redujo en nueve de los catorce países de los que se disponía de datos de ese período (139); una reducción que se debe considerar consecuencia de los intentos de reducir el gasto público sanitario en los mismos plazos, que, como sucede de manera recurrente en el sector sanitario, se concentró en una parte sustantiva en la reducción del gasto farmacéutico. La reducción de la proporción de gasto farmacéutico público sobre el gasto farmacéutico total en ese período fue menor en Holanda, Portugal, el Reino Unido y Suecia y, por el contrario, mayor en Italia y Bélgica. Por el contrario, en algunos países se pudo observar un aumento de esa proporción en el mismo plazo. Entre ellos, el aumento fue especialmente significativo en Irlanda, y algo menor en Francia y España.

Con los datos correspondientes a 2010, el promedio de gasto farmacéutico público sobre el gasto farmacéutico total en el ámbito de la Unión Europea ampliada a 28 miembros se encontraba en una proporción del 60%. Una proporción menor al 50% se daba en esa fecha en Bulgaria, Chipre, Estonia, Italia, Letonia, Lituania, Polonia y Rumanía. Como puede observarse, la mayor parte de ellos corresponden a países que

se encontraban en el ámbito de influencia de la antigua Unión Soviética, que se han incorporado a la Unión en fecha más reciente y que, como consecuencia de la caída de los regímenes políticos previos, sufrieron profundas transformaciones en sus sistemas sanitarios respectivos conducentes de manera mayoritaria hacia su privatización.

A las diferencias existentes entre los países que se han incorporado a la Unión Europea en plazos distintos hay que añadir además que los datos de gasto farmacéutico, disponible en la mayoría de ellos, se refiere principalmente al gasto extrahospitalario en recetas. Por el contrario, el gasto farmacéutico en los hospitales, que incluye diferencias entre los productos que se consumen de hecho o de manera obligada a ese nivel de atención en cada país, cuyo cálculo se extiende también a centros de larga estancia de diferente dependencia en distintos países, a lo que hay también que añadir mecanismos de contratación y gestión diferentes, muchas veces diversificados entre centros distintos, son de mucho más difícil valoración

En la tabla siguiente, tomada del informe citado de la UE en 2010, en la que se consignan los datos disponibles de cada país en cada período, que dan pie a los comentarios anteriores, se puede observar esa tendencia global generalizada en el conjunto de los países de la actual UE, con excepciones puntuales y temporales ocasionales, a que el gasto farmacéutico total vaya significando desde hace más de tres décadas una proporción creciente del PIB de cada país, y en el conjunto de ellos.

Tabla 6. Evolución del gasto farmacéutico extrahospitalario total (público y privado) en países europeos entre 1970-2010.

Table 1 – Evolution of total (public and private) outpatient pharmaceutical expenditure (1970 – 2010)																					
	Total current expenditure on health (% GDP)					Total expenditure on pharmaceuticals (% GDP)					Total expenditure on pharmaceuticals (as % total current health expenditure)					Total per capita expenditure on pharmaceuticals (in purchasing power standards)					Total expenditure on pharmaceuticals (in million Euro)
	1970	1980	1990	2000	2010*	1970	1980	1990	2000	2010*	1970	1980	1990	2000	2010*	1970	1980	1990	2000	2010*	2010*
Belgium	3.9	6.3	7.2	8.1	10.5	1.1	1.1	1.1	1.6	1.7	:	:	:	:	15.8	27	90	189	:	482	5,926
Bulgaria	:	:	4.9	6.1	6.9	:	:	:	:	2.4	:	:	:	:	35.3	:	:	:	:	250	857
Czech Republic	:	:	4.1	6.2	7.3	:	:	1.0	1.5	1.5	:	:	24.2	24.7	20.4	:	:	106	200	288	2,217
Denmark	:	8.6	8.2	8.1	10.7	:	0.5	0.6	0.7	0.8	:	6.3	7.6	9.0	7.7	:	44	104	182	255	1,942
Germany	5.7	8.1	8.0	9.9	11.2	1.0	1.1	1.2	1.4	1.7	17.0	13.9	14.7	14.1	15.3	28	104	226	316	492	42,383
Estonia	:	:	:	5.2	6.3	:	:	:	1.2	1.4	:	:	:	22.8	22.0	:	:	:	:	217	198
Ireland	5.1	7.7	5.8	5.7	8.9	:	0.9	0.7	0.9	1.7	:	11.7	12.8	15.1	19.1	:	:	:	:	528	2,646
Greece**	5.4	5.9	6.6	7.5	10.5	1.4	1.1	0.9	1.5	2.1	:	:	14.9	19.9	19.6	31	76	109	239	432	4,515
Spain	3.2	5.1	6.3	7.0	9.3	:	1.1	1.2	1.5	1.8	:	21.8	18.6	22.0	18.8	:	62	140	284	431	18,500
France	5.3	6.9	8.2	9.8	11.2	1.3	1.1	1.4	1.7	1.9	24.4	16.4	17.3	16.9	16.5	30	87	219	365	488	36,006
Italy	:	:	7.3	7.7	8.8	:	:	1.6	1.8	1.6	:	:	21.4	23.1	17.9	:	:	247	394	393	24,872
Cyprus	2.7	2.8	4.5	5.3	5.8	:	:	:	:	1.3	:	:	:	:	21.6	:	:	:	:	304	218
Latvia	:	2.1	2.5	6.0	6.0	:	:	:	:	1.3	:	:	:	:	21.5	:	:	:	:	180	293
Lithuania	:	:	3.3	6.5	7.5	:	:	:	:	2.0	:	:	:	:	26.6	:	:	:	:	254	528
Luxembourg	3.1	5.2	5.4	5.8	6.2	0.6	0.8	0.8	0.6	0.6	:	:	:	11.1	10.0	:	:	:	243	432	246
Hungary	:	:	:	6.8	7.6	:	:	:	:	2.6	:	:	:	:	34.6	:	:	:	:	414	2,544
Malta	:	:	:	6.0	6.9	:	:	:	:	1.6	:	:	:	:	22.8	:	:	:	:	306	92
Netherlands	:	7.0	7.5	7.6	11.2	:	0.6	0.8	0.9	1.1	:	8.4	10.2	12.3	10.2	:	47	122	238	370	6,715
Austria	4.9	7.1	7.8	9.4	10.4	:	:	0.8	1.2	1.3	:	:	10.6	13.0	12.6	:	:	144	302	404	3,761
Poland	:	:	4.4	5.3	6.5	:	:	:	:	1.6	:	:	:	:	24.3	:	:	:	:	242	5,613
Portugal	2.4	5.0	5.8	8.5	9.8	0.3	1.1	1.5	2.0	2.0	14.2	21.0	25.3	23.4	19.7	:	40	139	293	404	3,450
Romania	:	:	2.9	5.2	5.6	:	:	:	:	1.5	:	:	:	:	26.9	:	:	:	:	152	1,816
Slovenia	:	:	:	8.2	8.6	:	:	:	:	1.8	:	:	:	:	20.3	:	:	:	:	363	621
Slovakia	:	:	:	5.4	8.5	:	:	:	1.9	2.4	:	:	:	34.7	28.0	:	:	:	126	427	1,567
Finland	5.1	6.0	7.4	6.9	8.5	0.7	0.7	0.7	1.1	1.2	13.8	11.2	9.9	15.5	14.6	15	49	116	238	348	2,216
Sweden	6.8	8.9	7.7	7.8	9.1	0.4	0.6	0.7	1.1	1.2	:	:	8.6	14.5	13.3	13	50	115	275	365	4,212
United Kingdom	4.2	5.3	5.5	6.7	9.1	0.7	0.7	0.8	1.0	1.0	15.8	13.5	14.5	14.8	11.0	15	49	117	:	305	18,154
EU	5.0	6.9	7.2	8.2	9.9	1.0	1.0	1.2	1.4	1.6	19.0	14.3	15.9	16.5	15.7	25	77	187	321	409	192,108
EU - unweighted average	4.4	6.1	6.0	7.0	8.5	0.8	0.9	1.0	1.3	1.6	17.0	13.8	15.0	18.1	19.5	23	63	150	264	353	192,108

Source: Eurostat, OECD Health Data 2012, Commission services (DG ECFIN).

Notes: * 2010 or latest data. ** For Greece, preliminary 2010 data. Public as % of total expenditure on pharmaceuticals is calculated as the ratio between public and total spending expressed in Euro (and not e.g. as % of GDP). Country-specific GDP's are used to compute EU weighted averages.

Por su parte, en la siguiente tabla, tomada de la misma fuente, se representa la misma a evolución en lo que se refiere al gasto público en recetas.

Tabla 7. Evolución del gasto farmacéutico público extrahospitalario en países europeos entre 1970 y 2010

Table 2 – Evolution of public outpatient pharmaceutical expenditure (1970 – 2010)																					
	Public current expenditure on health (% GDP)					Public expenditure on pharmaceuticals (% GDP)					Public per capita expenditure on pharmaceuticals (in purchasing power standards)					Public as % of total expenditure on pharmaceuticals					Public expenditure on pharmaceuticals (in million Euro)
	1970	1980	1990	2000	2010*	1970	1980	1990	2000	2010*	1970	1980	1990	2000	2010*	1970	1980	1990	2000	2010*	2010*
Belgium	:	:	:	6.6	8.0	0.6	0.6	0.5	:	1.1	16	51	89	:	305	55	55	45	:	63	3,754
Bulgaria	:	:	5.2	3.7	4.4	:	:	:	:	0.4	:	:	:	:	48	:	:	:	:	18	156
Czech Republic	:	:	4.6	5.9	6.3	:	:	0.9	1.2	0.9	:	:	94	153	184	:	:	90	80	64	1,412
Denmark	7.9	6.9	6.8	9.5	:	0.3	0.2	0.4	0.4	:	22	35	89	134	:	60	33	57	53	1,023	
Germany	4.4	6.6	6.3	8.2	8.9	0.6	0.8	0.9	1.0	1.3	18	77	165	228	376	60	73	:	71	76	32,397
Estonia	:	:	4.1	5.0	:	:	:	:	0.5	0.7	:	:	:	106	:	:	:	:	42	49	97
Ireland	4.1	6.8	4.4	4.6	6.4	:	0.5	0.5	0.6	1.3	:	:	:	403	:	56	71	67	76	2,020	
Greece**	2.3	3.3	3.5	4.7	5.6	0.8	0.7	0.5	0.9	1.8	15	47	61	150	495	57	64	56	60	89	4,000
Spain	2.3	4.2	5.1	5.2	7.1	0.7	0.7	0.8	1.1	1.3	14	38	101	210	312	:	64	67	73	72	13,380
France	4.1	5.6	6.4	8.0	9.0	0.9	0.7	0.9	1.1	1.3	20	57	136	245	334	69	64	64	65	68	24,545
Italy	:	:	6.1	5.8	7.2	:	:	0.9	0.8	0.8	:	:	150	176	190	:	:	56	44	48	12,029
Cyprus	0.9	1.5	1.8	2.4	3.1	:	:	:	:	0.3	:	:	:	75	:	:	:	:	24	52	
Latvia	:	:	2.5	3.2	4.1	:	:	:	:	0.5	:	:	:	67	:	:	:	:	38	110	
Lithuania	:	:	3.0	4.5	5.6	:	:	:	:	0.8	:	:	:	98	:	:	:	:	39	204	
Luxembourg	2.8	4.8	5.0	5.2	6.6	0.5	0.7	0.7	0.5	0.5	:	:	199	364	83	88	88	83	84	206	
Hungary	:	:	5.0	5.0	:	:	:	1.2	1.3	:	:	:	130	200	:	:	:	:	48	1,227	
Malta	:	:	4.9	5.8	:	:	:	:	1.0	:	:	:	192	:	:	:	:	61	57		
Netherlands	5.1	5.4	5.0	9.5	:	0.4	0.5	0.5	0.9	:	31	81	138	292	:	67	63	56	79	5,297	
Austria	3.3	5.1	6.1	7.6	8.4	:	:	0.4	0.8	0.9	:	:	75	202	271	:	:	50	67	67	2,515
Poland	:	:	4.4	3.9	5.0	:	:	:	0.6	0.6	:	:	56	97	:	:	:	:	40	2,247	
Portugal	1.5	3.4	3.8	6.4	7.1	0.2	0.7	0.9	1.1	1.2	30	86	165	243	67	64	60	55	62	2,146	
Romania	:	:	2.9	3.6	4.7	:	:	:	:	0.8	:	:	94	:	:	:	:	56	1,021		
Slovenia	4.2	4.4	5.6	6.1	6.6	:	:	:	:	1.0	:	:	203	:	:	:	:	56	347		
Slovakia	:	:	4.9	6.0	:	:	:	1.5	1.7	:	:	:	104	296	:	:	:	79	69	1,086	
Finland	4.1	5.0	6.2	5.1	6.6	0.2	0.3	0.3	0.5	0.7	5	23	55	115	191	29	43	43	45	55	1,219
Sweden	5.8	8.2	7.4	7.0	7.7	0.3	0.4	0.5	0.8	0.7	8	36	82	192	210	75	67	71	73	57	2,416
United Kingdom	3.9	5.0	4.9	5.6	8.2	0.4	0.5	0.5	0.8	0.9	10	33	78	255	57	71	63	80	90	16,339	
EU	4.0	5.7	5.8	6.7	8.1	0.6	0.6	0.7	0.9	1.1	16	52	121	199	285	58	58	58	54	60	114,963
EU - unweighted average	3.4	5.1	4.9	5.3	6.6	0.5	0.6	0.6	0.8	1.1	13	40	92	159	223	61	64	61	65	60	114,963

Source: Eurostat, OECD Health Data 2012, Commission services (DG ECFIN).

Notes: See Table 1.

A su vez, en la figura siguiente se puede observar la evolución del gasto farmacéutico per cápita desde 1970, en una serie que termina a mediados de los años 2000. (El gasto en cifras absolutas en millones de euros en 2010 se puede ver en la última columna de la primera de las tablas anteriores).

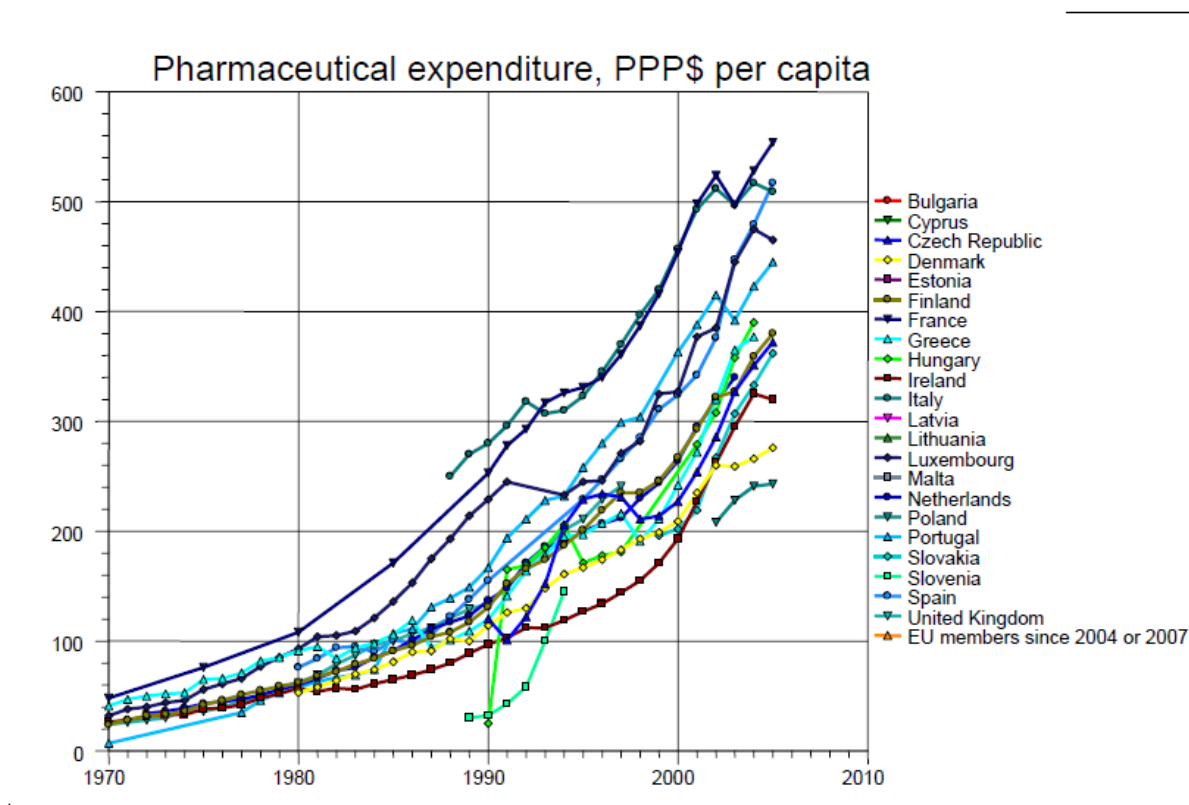
Respecto a la figura siguiente, resulta llamativo el ritmo de crecimiento especialmente acelerado en todos los países representados que se produjo desde principios de los años 90, correspondiente a un período en el que la innovación se hacía a expensas de

la síntesis química, y el aumento del gasto por los precios crecientes de los nuevos productos lanzados al mercado y el mantenimiento de las patentes por amplios plazos. Por el contrario, podemos resaltar en todo caso que estas tablas y cuadros corresponden a plazos en los que el lanzamiento de nuevos productos generados por procedimientos biotecnológicos era inexistente o, en todo caso, sólo incipiente en los últimos años representados.

Cabe resaltar también que esos períodos corresponden, salvo en los últimos años, a plazos previos a la crisis económica actual, en los que las medidas de control del gasto aplicadas eran, con variaciones en su aplicación por países y también por sus plazos de implantación, las que se han descrito en el apartado anterior. En consecuencia, se puede derivar también de los patrones de crecimiento sostenido del gasto farmacéutico global, del público y del privado, en esos años, que esas medidas de control del gasto aplicadas, fuera cual fuera su combinación y ritmo de aplicación en cada país, tuvieron efectos sólo limitados en todos y cada uno de ellos, que no impidieron el patrón de gasto creciente observado. Lo que probablemente se puede explicar por los mecanismos de respuesta por parte de la industria farmacéutica a cada una de las medidas adoptadas en cada caso. A esa capacidad de respuesta global, que favorece los intereses de la industria en su conjunto, contribuye sin duda el carácter transnacional con la que se ha configurado, favorecida además por los procesos de concentración empresarial que han tenido lugar por distintas vías sobre todo en la última década. Esa configuración dota a la industria de una enorme capacidad de adaptación para el desarrollo de las políticas que le son más favorables en cada país.

En todo caso, la crisis económica produjo un cambio significativo en la composición de las medidas de control del gasto farmacéutico adoptadas en respuesta a la propia crisis, en especial en aquellos países de los que se exigieron medidas de austeridad con reducción del gasto público. Cuando se aplican medidas de ese carácter, es una constante que una parte sustancial de las mismas consisten en reducciones del gasto farmacéutico público, fuera cual fuera el nivel de gasto en el que se encontrara con anterioridad. A las medidas concretas de control y reducción del gasto farmacéutico aplicadas en el contexto y como consecuencia de la crisis se dedica el apartado siguiente.

Gráfico 3. Gasto farmacéutico per cápita en países europeos en poder paritario de compra en dólares entre 1970 y 2010.



Fuente: Cost containment measures for pharmaceutical expenditure in the EU countries.: A comparative analysis (112).

g) Las medidas de control y reducción del gasto farmacéutico secundarias a la crisis (140; 141; 142).

La crisis económica, que se inició en 2007, que recayó en 2010, y en la que seguimos todavía sumidos, no ha afectado por igual a todos los países europeos. Por su parte, los factores que provocan la tendencia general al aumento del gasto farmacéutico, a los que se ha hecho referencia en apartados previos, les siguen afectando por igual a todos ellos.

Eso explica que algunos de los países no afectados, o menos, por la crisis hayan seguido experimentando crecimientos positivos en los períodos anuales más recientes: ha ocurrido así en 2011 y 2012 en países como Alemania, Austria, Dinamarca o Finlandia.

Pero esa diferente situación permite también considerar el carácter de las medidas que se han adoptado en el terreno farmacéutico en los países más afectados por la crisis, como España, Grecia, Irlanda o Portugal. El contenido y la forma en las que se han aplicado esas medidas permiten considerar que las mismas no han constituido tanto unas políticas dirigidas a la racionalización de los consumos farmacéuticos y el control del gasto en este campo, como el uso, en razón de las políticas económicas impuestas a todos ellos desde los organismos europeos, de los instrumentos más eficaces para reducir de manera más inmediata el gasto público en cada uno. Una decisión que encuentra un terreno abonado en este campo, pero que se ha adoptado sin tener en cuenta ninguna de las consecuencias sanitarias, sobre la salud de las poblaciones respectivas, cuya utilización haya podido haber provocado.

La propia relación de las medidas adoptadas en todos los países afectados permite reconocer, por su homogeneidad y limitación en todos ellos, que el origen de las medidas es externo a cada país, y se ha impuesto sobre los países afectados desde los órganos que se han venido en llamar la *troika* (Comisión Europea, Banco Central Europeo, y el Fondo Monetario Internacional). Esa relación de medidas dirigidas a la reducción del gasto público, objetivo centrado en la reducción inmediata del gasto farmacéutico, abarca principalmente las siguientes:

g.1) Recortes en el precio de los medicamentos.

Esta medida se ha aplicado tanto en España (donde inicialmente en 2010 se recortó el precio de los genéricos en un 30%, el de los medicamentos de marca en un 7,5%, y en un 4% en los productos “huérfanos”); como en Grecia (donde en 2010 se redujeron los precios de los medicamentos en general un 25%, una medida de aplicación teóricamente temporal cuyos efectos, sin embargo, se han prolongado hasta la actualidad; además se rebajó también de manera específica el precio de los genéricos un 10%); en Irlanda (donde en 2010 se produjo una reducción inicial, aunque menos rigurosa, del precio del precio de los genéricos, y una posterior, a final del mismo año de los medicamentos sometidos a patente); y en Portugal (donde una revisión general de precios supuso la reducción de la mayoría de ellos).

Las reducciones de precios efectuadas en todos los países, más amplias y de mayor cuantía en el caso de Grecia, han sido soportadas principalmente por reducciones en

los ingresos por parte de la industria y las oficinas de farmacia. Como consecuencia de ello, en ese país se han suscitado problemas de desabastecimiento de estas últimas (143), e incluso, en sus momentos iniciales, la negativa de algunas empresas farmacéuticas para hacer llegar al país determinados medicamentos importados ante el riesgo de impagos. Ocurrió así, por ejemplo, con la insulina fabricada por los laboratorios más potentes que la producen, pese a ser éste un medicamento esencial para el mantenimiento de los pacientes diabéticos (144).

Como respuesta a esas tensiones, en el caso de las oficinas de farmacia el gobierno prohibió hacer exportaciones paralelas de medicamentos desde las farmacias, con las que se pretendían cobrar precios más altos por los productos en otros países. Como, por otra parte, allí se han reducido también los márgenes de las oficinas de farmacia en la dispensación de los medicamentos de precio más alto, aquéllas han respondido exigiendo el pago completo de los medicamentos por los usuarios que acceden a obtenerlos, sin que éstos tengan ninguna garantía del momento en el que obtendrán el reembolso por parte del Estado de la parte correspondiente financiada públicamente.

(La medida de reducir los márgenes de las oficinas de farmacia en la dispensación de los medicamentos es de sentido contrario a las que se han adoptado en España y Portugal para paliar los efectos de la reducción de precios sobre aquéllas: en España se aumentaron los márgenes de las oficinas en la dispensación de los medicamentos de precio más alto; en Portugal el aumento de los márgenes se ha aplicado a los productos no incluidos en la financiación pública).

Por otra parte, en el caso de la industria farmacéutica, el gobierno griego amenazó con la amenaza de imponer multas a las empresas que no contribuyeran a satisfacer la demanda. Por su parte, desde distintas ONGs y otras organizaciones se han dirigido recomendaciones al gobierno griego para que, acogiéndose al artículo 14 de la ley de patentes vigente en aquel país, se autorizase de manera obligatoria la posibilidad de comprar medicamentos genéricos más baratos a países, como la India, Tailandia, o Brasil, que los fabrican a precios más bajos, acogiéndose a determinadas cláusulas

excepcionales en caso riesgo sanitario del Tratado de Libre Comercio de la OMC (145). No consta que esa medida se haya aplicado hasta la actualidad.

En el terreno de los precios, España es el único país entre los cuatro citados donde, además de las anteriores, se han producido también modificaciones del sistema de

fijación de precios, introduciendo la referencia externa del precio en los tres países europeos de precio más bajo. Además, una norma reciente ha modificado los precios de referencia de un amplio panel de productos. Por su parte, las CCAA de Andalucía y Galicia introdujeron mecanismos propios de fijación de precios más bajos (mediante subasta en la primera y un catálogo de precios más reducidos para determinados productos), cuya aplicación fue recurrida por el actual gobierno en ambos casos.

En Irlanda se previó en 2010 el establecimiento de un sistema de precios de referencia, que finalmente se aprobó en mayo de 2013 (146; 147). La norma contiene también medidas relativas a la sustitución de los medicamentos de marca por genéricos por el farmacéutico, una medida que no existía de manera previa solo de entre los afectados de manera más intensa por la crisis económica.

g.2) Exclusión de listados de medicamentos de la financiación pública.

Este tipo de medidas, que se han aplicado de distintas formas en todos los países sometidos a operaciones de rescate financiero, supone la reducción inmediata del gasto público, y el traspaso de esa parte del gasto a los pacientes. Como en el caso de los copagos, a los que se hace referencia a continuación, no consta que en ninguno de esos países se haya hecho algún estudio, siquiera inicial, para valorar los efectos sobre el consumo de los mismos, ni los efectos que una variación de los patrones de consumo hubiera podido tener sobre la salud de la población.

g.3) Modificación de los copagos previos.

En dos países, Grecia y Portugal, no se han producido cambios en los sistemas de copago previamente establecidos.

En Irlanda se ha elevado el techo de copago máximo anual que estaba establecido previamente.

España es el país en el que se ha producido un cambio más importante de los copagos establecidos antes de 2012. Los nuevos copagos fijados se caracterizan por: a) afectar

a grupos más amplio de población, incluyendo los jubilados del régimen general de atención, que hasta 2012 estaban exentos de los mismos; b) significar una elevación de los mismos respecto a los previos, aunque en diferente proporción, en función de la capacidad adquisitiva de cada grupo de población; c) no modificar el copago de los grupos de población acogidos a sistemas de atención no incluidos en la asistencia sanitaria general (los más característicos, los acogidos a la atención de las distintas mutualidades de funcionarios). Una regulación que preveía la aplicación de copagos a medicamentos de indicación hospitalaria, que ha encontrado una amplia resistencia por parte de los gobiernos autonómicos, no ha sido aplicada en la práctica hasta ahora por ninguno.

Como en el caso anterior, se desconocen los efectos, y no está previsto valorarlos en ningún país de los mencionados, de la adopción de estas medidas. Estas suponen directamente la reducción del gasto público, con efectos dudosos sobre el gasto farmacéutico total en función de los efectos que los cambios puedan tener en la modificación de los patrones de consumo de los distintos productos, como consecuencia del aumento de la de la aportación individual.

g.4) Utilización más amplia de los genéricos.

La Unión Europea ha venido insistiendo en todos los países en la utilización más amplia de los genéricos como una de las medidas más adecuadas para la reducción del gasto farmacéutico. El único país en el que la sustitución por el farmacéutico en la oficina de farmacia de los medicamentos de marca por un genérico no estaba prevista desde antes de la crisis era Irlanda, donde esa medida se aprobó en 2013, y está empezando a ser aplicada.

La caducidad de los plazos de vigor de las patentes de muchos medicamentos en los últimos años está favoreciendo la aplicación de estas políticas.

Pese a la rebaja de este tipo de productos llevada a cabo en España en 2010, la Comisión Europea ha dirigido una llamada de atención a España en Octubre de 2014, por considerar que el precio de los mismos es todavía demasiado elevado aquí, y que reducir el nivel de los mismos podría contribuir de manera significativa a la reducción adicional del gasto público que se ha demandado en fechas cercanas a la citada de nuestro país.

2. Las industrias farmacéuticas y tecnológicas y otros proveedores sanitarios en España y su relación con el SNS

La amplitud de la descripción de las características generales fundamentales de estos sectores a las que se ha hecho referencia en el apartado anterior de este capítulo permite evitar tener que hacer una referencia más explícita a los aspectos más generales de esas condiciones en este apartado dedicado de manera expresa a la situación en nuestro país.

Por otra parte, el carácter transnacional de estas empresas, junto con su capacidad económica y su movilidad, que les permite intervenir con estrategias globales en su relación con los gobiernos de muchos países a la vez, hace que muchas de las políticas que se pretendan desarrollar en relación con estas industrias requieran, como la única forma de hacer posible que esa políticas estén dotadas de un cierto nivel de eficacia, que los gobiernos de distintos países colaboren entre sí para establecer políticas comunes en ciertos terrenos.

Las intervenciones comunes que se han empezado tímidamente a sugerir a nivel europeo para afrontar los elevados precios de determinados medicamentos son una muestra de la necesidad de afrontar algunas de esas políticas de manera común. El mejor ejemplo reciente de ello es el del sofosbuvir, que sirve para ejemplificar cómo, si se quiere lograr algún control del gasto creciente que generan estos productos en todos los países, serán imprescindibles intervenciones de ese carácter en el futuro. Más aún si se quiere hacer acorde el mantenimiento del desarrollo de estos sectores productivos con el mantenimiento de la protección sanitaria universal, y con hacer posible el acceso a los nuevos medicamentos por parte de la población de todos los países que los precise.

En todo caso, las relaciones de cada país con estas empresas es propia de cada uno, sin que exista una política común al respecto a nivel europeo, no sólo en lo que se refiere a los sistemas sanitarios, sino también en cuanto al grado de desarrollo de las industrias correspondientes en cada cual, lo que provoca también que existan intereses y políticas industriales diversas por parte de unos y otros.

Ese conjunto de situaciones distintas justifica la necesidad de hacer una descripción específica de la situación en cada país y, en el caso concreto de España, de las situaciones concretas que se dan aquí, y de los instrumentos que se deben utilizar para mejorar esa relación en términos favorables a la protección sanitaria universal y, en su conjunto, para el SNS.

2.1. La situación de las empresas farmacéuticas y tecnológicas en España.

2.1.1. Características estructurales.

Según la Memoria anual de Farmaindustria correspondiente a los años 2011 y 2012, el número de laboratorios farmacéuticos instalados en España en cada uno de esos años era de 185 y 196 respectivamente. De ellos, el número de laboratorios españoles cada año fue de 82 y 81, mientras que el de laboratorios extranjeros fue de 103 (21 norteamericanos y 82 europeos) y 115 (22 norteamericanos y 93 europeos). Es seguro que en esas cifras han influido los procesos de fusión y concentración que se han ido produciendo en estos años, a los que se ha aludido en el apartado general.

Por otra parte, las diferencias entre las características de los laboratorios españoles y las de los extranjeros son importantes: la mayoría de los laboratorios españoles son de pequeño tamaño y se dedican principalmente a la fabricación de productos “copia”, una vez agotados los plazos de las patentes originales (sólo Grifols, que ha adquirido una importante presencia internacional en el campo de los hemoderivados, podría recibir la calificación de “multinacional” comparable a las de otros países), una situación que hace impensable la constitución de una industria autónoma y autosuficiente “propia” de nuestro país.. Por el contrario, los laboratorios extranjeros son en una parte significativa filiales de los más importantes laboratorios “multinacionales” originales y con sedes principales ubicadas en otros países; esas condiciones facilitan flujos económicos internos dentro de las propias empresas que resultan de difícil control desde fuera de ellas y, en concreto desde el gobierno español.

Pese a esas diferencias, una sola patronal, Farmaindustria, les representa a todos ellos en su relación con las administraciones sanitarias españolas. En todo caso, como requisito mínimo para garantizar una cierta unidad de criterios en la representación de

los intereses necesariamente distintos de unos y otros, está prevista la rotación anual de un representante de cada grupo en la presidencia de la organización.

Por otra parte, la actividad industrial en este campo no se limita a los laboratorios fabricantes de especialidades: en 2010, el INE recogía un total de 300 empresas si a los laboratorios se le añaden las fabricantes de productos básicos; una cifra total que en 2012, según el Directorio Central de Empresas, había crecido hasta 374. Esta misma fuente consideraba como pequeñas-medianas empresas al 82% de ese total.

2.1.2. Actividad económica.

a) Producción.

Según los datos del INE, el valor global de la producción de la industria farmacéutica en 2011 fue de 14.022 millones de euros (14.387 en 2010). Una vez descontados los consumos intermedios, el valor añadido se situó en ese mismo año en 4.583 millones de euros, lo que representó el 2,8% del Valor Añadido Bruto (VAB) del sector industrial manufacturero, y el 0,5% del valor de la producción final del conjunto de la economía. Aunque se mantienen tasas positivas de crecimiento del VAB del sector, éstas han ido descendiendo desde el inicio de la crisis, en 2007 (148).

Pese a tratarse del quinto sector manufacturero de España, por parte del mismo existe un déficit comercial sostenido muy notable en comparación con otros países: según cifras de Eurostat, el valor de las importaciones fue en 2010 de 11.492 millones de euros (69,7% procedentes de la UE-27, 18,5% de los Estados Unidos, y el resto de otros países del mundo), para unas exportaciones de 8.920 millones de euros (59,4% a países de la UE-27 y 7,2% a USA), lo que arroja un déficit comercial de 2.572 millones de euros en ese año. Para 2011 las importaciones alcanzaron una cifra de 11.670 millones de euros (67,5% desde países de la UE-27 y 19,7% de USA) para una cifra de exportaciones de 9.843 millones de euros (54,5% a países de la UE-27 y 7% a USA), con un déficit comercial de 1827 millones de euros.

Pese a todo, en una perspectiva más amplia, la actividad exportadora de la industria farmacéutica instalada en España ha ido creciendo: mientras que en 1995 las exportaciones realizadas representaban sólo algo más del 1,6% de las exportaciones de la industria manufacturera y el 1,45% de las exportaciones totales, en el año 2012 estos porcentajes pasaron a representar el 5,21% y el 4,53% respectivamente. El crecimiento de las ventas al exterior de productos farmacéuticos ha sido en todo caso

muy superior al de la industria manufacturera en su conjunto: así como las primeras se multiplicaron por 10 en esos 17 años, en el caso de la segunda las ventas sólo se multiplicaron por 3 en el mismo plazo. Por su parte, el crecimiento de las importaciones ha sido más moderado, contribuyendo a reducir de manera lenta, pero paulatina, el déficit comercial que todavía existe en este sector (148).

b) Empleo.

La industria farmacéutica se considera en todos los países desarrollados un sector intensivo en cualificación laboral.

Para el caso español, el número de empleados en el conjunto del sector, incluyendo laboratorios de especialidades y empresas fabricantes de productos básicos, llegó a alcanzar en 2010, año en el que, pese a la adversa coyuntura económica, creció el número de empresas y el de trabajadores empleados, la cifra de 39.932 trabajadores. Esto supuso un incremento de 777 empleados respecto a 2009 (este último fue el año de empleo más bajo hasta entonces, dado que en 2008 el número de personas empleadas en el sector fue de 40.385).

Los datos del INE disponibles permiten, en todo caso, reconocer que desde 2010 se ha ido produciendo un descenso paulatino del número de empleados en el sector en relación con la evolución de la crisis y, en especial, con el descenso de las ventas netas de especialidades, que suponen el 73% de las ventas totales de la industria farmacéutica. Lo que explica que ese descenso haya afectado principalmente (más de la mitad) al empleo en los laboratorios que las fabrican: entre 2010 y 2011 hubo un descenso de casi un 5% del empleo en el sector, que pasó a ocupar en 2011 a 39.791 empleados. Y en 2012 el empleo directo en el sector se redujo aún más, hasta ocupar a 36.713 personas.

Están por ver los efectos sobre el empleo del pacto que en los días en que se escriben estas líneas pretende alcanzar el Mº de Hacienda con los laboratorios farmacéuticos, comprometiendo para los próximos años un crecimiento anual del gasto farmacéutico igual al del PIB.

c) Gasto en I+D

Para referirse a lo que supone el gasto en I+D por parte de la industria farmacéutica, que es uno de los aspectos esgrimidos para justificar la importancia de este sector

industrial en España, hay que comenzar por mencionar lo que se computa como I+D conforme a la metodología con la que se valora el gasto en esos conceptos.

En la metodología desarrollada por el INE se consideran gastos en actividades de I+D a todas las cantidades destinadas a actividades de I+D, realizadas dentro de la unidad o centro investigador (gastos internos) o fuera de éstos (gastos externos), cualquiera que sea el origen de los fondos. Los gastos llevados a cabo fuera del centro pero en apoyo de tareas internas de I+D (compra de suministros para I+D, por ejemplo) también se incluyen como gastos internos en I+D.

Por otra parte, en el caso de la industria farmacéutica los esfuerzos realizados en I+D no solo se concentran en el propio sector, ya que el efecto arrastre que ejerce la propia industria sectorial estimula la investigación y el desarrollo de centros especializados en este campo. Tal y como señala la Plataforma Tecnológica Española de Medicamentos Innovadores, la industria farmacéutica es el sector que más colabora con Centros Públicos de Investigación, Universidades y Hospitales, destinando el 43% de su inversión a contratos con el sistema público de investigación (en buena parte para la realización de ensayos clínicos). Por su parte, los recursos destinados a investigación y a desarrollo por parte de las empresas dedicadas a esta actividad que sirvieron a la industria farmacéutica superaron, en 2011, los 95,8 millones de euros, lo que suponía cerca del 12 por 100 de los gastos empleados a este fin por parte de todas las empresas e instituciones cuya actividad principal es la investigación y el desarrollo (148).

En ese marco conceptual y contable, según datos contenidos en el mismo informe a partir de datos proporcionados por Farmaindustria, los gastos totales destinados a actividades de I+D por la industria farmacéutica vienen cayendo de manera significativa desde 2007, año en que habrían alcanzado su punto más alto. Los esfuerzos se han dirigido en los últimos años especialmente al gasto interno, pese a lo cual el gasto total se ha seguido contrayendo: si en 2010 la industria destinó a I+D más de 1034 millones de euros, en el año 2011 los gastos totales alcanzaron sólo los 980,94 (de ellos 635,56 a gastos “internos” y 345,38 a gastos “externos”) (149). Esta cifra suponía el 19,66% del total dedicado a I+D por el conjunto de las empresas españolas de todos los sectores.

Lo importante de esas observaciones no son tanto las cifras concretas como las tendencias que marcan: utilizando datos proporcionados también por Farmaindustria, el diario Expansión (150) hacía públicas unas cifras distintas (un gasto creciente en

I+D hasta 2010, año en el que se habría alcanzado los 1034,48 millones de euros en esas actividades, a partir del cual la cifra ha ido descendiendo a 974,65 en 2011, 972,23 en 2012 y 927,61 en 2013). Otros datos de valor de la publicación citada son la dedicación de hasta un 41% (377 millones de euros) de la inversión en 2013 a contratos de investigación con hospitales, universidades y centros públicos de investigación, un destino cuya participación en el gasto de I+D de estas empresas se habría multiplicado por cinco desde 2003.

La Encuesta sobre actividades de I+D que elabora anualmente Farmaindustria entre sus asociados, que es la base de la publicación en el diario económico indicado, señalaba también que el 47% del gasto restante (el 59%, ó 550 millones de euros) se había invertido en Cataluña, frente al 39% realizado en Madrid y el 14% en otras CCAA o el extranjero.

Por otra parte, la principal partida del total invertido en I+D fue en 2013 la dedicada a ensayos clínicos, con algo más de 457 millones de euros, una partida que habría ido aumentando a un ritmo anual del 6% en los diez últimos años (a la siguiente partida, la investigación básica, se dedicaron 121,13 millones de euros, a farmacoeconomía, epidemiología y estudios post autorización, 111,74 millones de euros; y al resto de las partidas, como investigación galénica, preclínica, y desarrollo tecnológico, partidas menores, rondando los 50 millones de euros).

La Encuesta mencionada constataba también el alza de la biotecnología, que en 2013 habría invertido 199 millones de euros (el 21,5% del gasto total en I+D) en este tipo de investigación

Por su parte, la caída del gasto en I+D de las empresas farmacéuticas (lo mismo que las de biotecnologías) se ha puesto también en relación con las medidas dirigidas a contener el gasto farmacéutico en los últimos años (151). Lo que explica también que como contrapartida para garantizar un volumen de gasto en I+D más elevado se esté exigiendo mediante convenio con el Mº de Hacienda la garantía de unos ingresos crecientes por el sector, al menos iguales al crecimiento del PIB. Se alega para ello que, pese a la caída de los ingresos generados por el gasto público en el sector, éste ha experimentado un crecimiento de la producción del 11% desde finales de 2008, y sigue siendo líder en I+D en la industria española.

Otra expresión de ese liderazgo en I+D por parte de la industria farmacéutica son sus niveles de empleo: en 2011 empleaba a un total de 4683 personas en actividades relacionadas con I+D (149), de las que más del 44% eran investigadores. Pese a

haberse reducido hasta la cifra de 4.250 empleados en I+D en 2013, esa cifra suponía el 12,31% del personal dedicado a esas tareas en el conjunto de la industria española.

Los datos contenidos en los apartados anteriores son los que han venido soportando el interés preferente de los ministerios económicos de todos los gobiernos por el mantenimiento y el desarrollo de este sector, incluso a expensas del aumento del gasto sanitario que, como contrapartida, debe realizar el SNS.

2.2. Los sistemas de distribución y dispensación de los productos farmacéuticos en España (152).

Una faceta distinta de la relación con los proveedores es la del monopolio que ejercen las oficinas de farmacia en la dispensación de los medicamentos que se prescriben en el ámbito no hospitalario en el SNS.

La oficina de farmacia tiene la consideración legal de establecimiento sanitario de carácter privado de interés público, y tradicionalmente, desde las Ordenanzas de Farmacia de 1860, se vinculó la propiedad de esos establecimientos a la figura de un farmacéutico, de manera que sólo éstos pueden ser titulares-propietarios de una oficina de farmacia.

Cuando se promulgó la LGS en 1986, el “lobby” farmacéutico constituido por los farmacéuticos propietarios de oficinas de farmacia, representado por los colegios de farmacéuticos, consiguió excluir del texto definitivo la disposición que estaba incluida en los primeros borradores de la norma por la que se permitía la dispensación de medicamentos de uso externo en los centros del SNS. Por el contrario, el texto definitivo de la Ley 14/1986, en su artículo 103.4, volvió a establecer de manera expresa que *“sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público”*, cerrando con ello la posibilidad de que el servicios público pudiera ser propietario de las mismas.

Esa situación, que se ha perpetuado hasta ahora, a lo que no ha sido ajena la influencia de ese “lobby” sobre todos los partidos que han ejercido el gobierno de la nación, se fue además perfeccionando luego con el establecimiento de convenios de los Servicios de salud con los colegios farmacéuticos para extender la dispensación de medicamentos prescritos en el ámbito del SNS a la totalidad de las oficinas de

farmacia existentes en todos los territorios, realizando la facturación de todas ellas de manera común a cada servicio de salud a través de los colegios correspondientes.

Por otra parte, otras disposiciones han ido fijando el margen de beneficio de las oficinas de farmacia por la dispensación de cada medicamento prescrito en el ámbito del SNS en un porcentaje fijo del precio de venta al público, que se ha ido reduciendo desde el 30% del mismo en los primeros años 80, hasta el actual, variable con arreglo al precio de cada medicamento, conforme a lo establecido en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano (este último ha sido modificado a su vez en la cuantía de algunos de esos parámetros por el artículo 3 del Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011).

Los márgenes de la distribución, realizada mayoritariamente por cooperativas de farmacéuticos propietarios que, como cierre del círculo de intereses de éstos, eluden mediante esa fórmula la incompatibilidad legal (artículo 3 apartado 2 de la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios) entre la propiedad de la oficina de farmacia y “*cualquier clase de intereses económicos directos de los laboratorios farmacéuticos y/o almacenes mayoristas*”, se fijaron también por última vez en la misma norma de 2008. La fórmula fijada establece igualmente esos márgenes en cantidades proporcionales al precio de los medicamentos, por una cuantía en todo caso inferior al 8% del precio de venta de éstos por los fabricantes al distribuidor.

Esta fijación de márgenes, que excluye la posibilidad de márgenes diferenciados para las oficinas de farmacia en función del volumen de facturación, lo que favorece de manera manifiesta a las oficinas de farmacia de mayor volumen de facturación y mejor situación, ha sido sólo parcialmente corregido por el artículo 3 del Real Decreto-Ley 9/2011 citado, en el que establecen determinados márgenes correctores de los establecidos de manera general. El sistema impide en todo caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 6 del artículo 3 de la Ley 29/2006, cualquier clase de descuentos a cualquier comprador o financiador de productos, incluido el sistema público, por parte de los dispensadores o distribuidores de productos, con excepción

de “*los descuentos por pronto pago o por volumen de compras que realicen los distribuidores a las oficinas de farmacia. Éstos podrán alcanzar hasta un máximo del 10% para los medicamentos financiados con cargo al SNS, siempre que no se incentive la compra de un producto frente al de sus competidores y queden reflejados en la correspondiente factura*”. El sistema, como puede apreciarse, parece diseñado para garantizar el nivel de beneficios más alto posible, con arreglo a los márgenes establecidos legalmente, por parte de todas las oficinas de farmacia, en unas condiciones en las que, por otra parte, todas ellas están habilitadas para actuar como dispensadoras de los productos para los pacientes del SNS.

El sistema complementario entre la limitación legal para que las oficinas de farmacia sólo puedan ser de propiedad de farmacéuticos titulados, y que no baste con exigir la presencia en cada establecimiento de un farmacéutico titulado para realizar la dispensación, se ha consolidado con el tiempo como lo que se ha dado en llamar el “modelo mediterráneo de farmacia”. Ese modelo ha sido objeto de una defensa numantina por parte de los colegios, en especial en el terreno de los tribunales de justicia, llegando hasta los tribunales europeos cada vez que se ha querido poner en cuestión por una u otra vía. Una defensa en la que han tenido éxito hasta ahora, consiguiendo mantener que, como se ha indicado en el apartado I.2.2.b) anterior, aunque no el único posible, el propio modelo no es incompatible con los principios de libre comercio vigentes en el ámbito de la UE.

El mantenimiento de ese modelo hasta la fecha se puede poner en relación con las dificultades que ha tenido hasta hace muy poco el control del gasto en recetas por parte del SNS. Ese gasto específico, como se indica en un apartado siguiente, está situado en términos porcentuales sobre el gasto público sanitario, diez puntos por encima del nivel en el que, según las estadísticas de gasto sanitario publicadas anualmente por la OCDE, se encuentran las mismas partidas en buena parte de los países de nuestro entorno, todos ellos con servicios públicos de salud, pero con modelos distintos de facilitar la dispensación de los medicamentos a toda la población cubierta por aquéllos .

Esta situación se ha quebrado en los últimos años, una quiebra que ha alcanzado especial agudeza en el contexto de la crisis económica, que ha provocado una demora sustancial en los pagos realizados por los servicios de salud a las oficinas de farmacia por las recetas dispensadas. Lo que ha provocado que éstas hayan debido recurrir masivamente en determinadas CCAA, las que más han demorado los pagos, en

especial Cataluña y Valencia, a créditos personales para mantenerse abiertas. Una situación que sólo se ha resuelto, y sólo de manera parcial, pues las demoras en los pagos subsisten todavía, por las aportaciones adicionales realizadas por la AGE a través del Fondo de Liquidez Autonómica.

La situación era en todo caso ya sólo soportable a medio plazo por las farmacias de mayor tamaño y mejor situadas en el ámbito urbano. A agravarla más aún ha venido la reducción significativa e indiscriminada de los consumos, tanto en términos de gasto como de número de recetas, provocada por el aumento significativo de los copagos introducido por el Decreto-Ley 16/2012, cuya entrada en vigor a esos efectos tuvo lugar hace más de dos años.

En la situación actual la posibilidad de mantener la viabilidad económica de las oficinas de farmacia de menor facturación, en especial las situadas en el ámbito rural y de la periferia de las ciudades, donde se dan niveles de renta más bajos, parece seriamente puesta en cuestión. Lo que pone en cuestión, a su vez, los argumentos que se esgrimen como justificación principal del modelo, que son los de hacer accesibles los medicamentos hasta en los lugares más recónditos del territorio, pues todos ellos disponen de una oficina de farmacia, lo que no parece sostenible por esa vía en la actual situación.

Esta situación sobrevenida no ha significado, sin embargo, que no se siga defendiendo a ultranza el modelo por quienes son los principales beneficiarios del mismo, que son las oficinas de farmacia con facturación más potente, las de mayor tamaño situadas en el centro de las ciudades, que monopolizan la representación ejercida por los colegios de farmacéuticos.

Entre las alternativas que se están sugiriendo por los colegios farmacéuticos para mantener su situación y permitir a la vez el mantenimiento de las oficinas de farmacia situadas en los territorios y lugares más adversos, está la de proporcionar a los propietarios de la oficinas de farmacia un estatus equivalente al de “agente sanitario” del SNS, por el que deberían percibir un salario o complemento retributivo a los ingresos que perciban por la facturación que realicen. La propuesta, que tiene un soporte teórico adicional en el concepto de “atención farmacéutica”, que ha sido ampliamente potenciado desde los niveles colegiales en los últimos años, no incluye ninguna valoración de los costes adicionales que ello podría significar para el SNS.

La ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales, supuso un intento reciente de romper la vinculación entre propiedad de la oficina de farmacia y la

titulación de farmacéutico. La norma podría haber permitido la apertura a una situación en la que varios farmacéuticos constituidos solos o con otros socios no titulados, en todo caso de manera minoritaria, en sociedad profesional, pudieran haber desempeñado a la vez la propiedad de varias oficinas de farmacia. Finalmente esa posibilidad fue desechada, estableciendo en la disposición adicional sexta de la ley que *“sin perjuicio de lo establecido en la presente ley, la titularidad de las oficinas de farmacia se regulará por la normativa sanitaria propia que les sea de aplicación”*. Se consolidó con ello una situación en la que España es en la actualidad el único país europeo, incluidos los que disponen de otras formas de “modelo mediterráneo de farmacia”, en el que la propiedad de la oficina de farmacia se restringe a un farmacéutico solo, y cada uno sólo puede ser propietario de una oficina de farmacia: otros países, como Italia (que cuenta también con farmacias de propiedad municipal) o Portugal, permiten, que cada farmacéutico pueda participar, solo o en sociedad con otros, de la propiedad de hasta cuatro oficinas de farmacia. Una situación que por sí misma no ofrece ventaja alguna sobre la actual situación española, sino que, por el contrario, puede consolidar aún más la división entre los farmacéuticos propietarios de oficinas de farmacia y quienes, disponiendo de la titulación carecen de la propiedad de ninguna.

El anteproyecto de ley de servicios y colegios profesionales actualmente en tramitación planteó en su primeros borradores una aproximación similar a la descrita que, sin embargo, ha desaparecido de los últimos borradores conocidos, pese a que la liberalización de los servicios profesionales en España, incluidos de manera expresa los farmacéuticos, es una de la recomendaciones más repetidas desde la Comisión Europea y el FMI para mejorar la competitividad de nuestro país.

Romper esa situación, que contribuye a los problemas de sostenibilidad económica del SNS por las razones que se han expresado y que, por otra parte, no constituye ya ninguna garantía de acceso a los servicios farmacéuticos en una parte significativa de los territorios, especialmente en el ámbito rural, por las razones también expresadas, es una necesidad manifiesta.

Para ello no valen ya propuestas intermedias como las que se han mencionado. Por el contrario, la única alternativa real a esa situación es la separación de la propiedad de las oficinas de farmacia de la titulación farmacéutica, abriendo con ello la posibilidad de distintas soluciones, incluyendo, como ocurre en países anglosajones, la de que cualquier persona física o social pueda ser propietaria de una oficina de farmacia,

manteniendo a la vez la cláusula de la presencia de un farmacéutico en cualquier local con autorización para dispensar medicamentos en el momento en que se realice la dispensación.

Por otra parte, ello permitiría también para determinados territorios rurales que se pudiera recuperar legalmente la posibilidad de que se dispensen para uso externo medicamentos en centros no hospitalarios del SNS. Una posibilidad que, como la anterior, podría resultar de interés para el empleo de todos aquellos titulados farmacéuticos que, por razones y procedimientos diversos, han visto y siguen viendo limitadas sus posibilidades de acceder a la propiedad de una oficina de farmacia como única vía de ejercer su profesión.

2.3. Algunas peculiaridades del gasto farmacéutico en España.

Como en otros países, el gasto farmacéutico en España representa una proporción importante del gasto sanitario. Lo mismo que en todos ellos, se trata de una partida que crece a un ritmo progresivo y difícil de controlar, hasta el punto de que, junto con el originado por el gasto en otras tecnologías sanitarias tanto diagnósticas como terapéuticas cuyas novedades se introducen sin una evaluación previa adecuada de sus ventajas y costes, constituye el factor principal que está poniendo en cuestión la sostenibilidad económica de los servicios sanitarios de muchos países, y también del nuestro.

En ese marco general, hay, sin embargo algunas situaciones específicas que caracterizan de manera peculiar el gasto farmacéutico y tecnológico en nuestro país, lo mismo que la respuesta a las medidas que se han ido adoptando para reducirlo, tanto antes como después del inicio de actual la crisis económica. Es a esas peculiaridades a las que se hace referencia a continuación.

2.3.1. El gasto en recetas.

Como ocurre también en otros países, esta parte del gasto farmacéutico es la partida que está mejor controlada en nuestro país, disponiéndose de información mensual del gasto público efectuado por el SNS desde mediados de los años 80 del siglo pasado.

Si se comparan las cifras de gasto en esta partida con la de otros países, cosa que viene realizando desde hace más de dos décadas la OCDE, hay una observación constante de que el gasto español en esta parte del gasto como porcentaje del gasto

farmacéutico total y del gasto sanitario total es superior al de la mayoría de otros países de nuestro entorno países en una proporción significativa respecto a ambos. Se trata de una observación mantenida a lo largo del tiempo: en el cuadro siguiente (tomado de (105)) se puede observar la evolución de esas partidas en varios países desde 1980 a 2000 (en el cuadro, la referencia al gasto en medicamentos (“*public expenditure on pharmaceuticals*”) se refiere en todos ellos al gasto en recetas)

Tabla 8. Gasto farmacéutico total como porcentaje del PIB, gasto farmacéutico total como porcentaje del gasto sanitario total, gasto farmacéutico público como porcentaje del gasto farmacéutico total, y gasto farmacéutico per cápita en poder paritario de compra (dólares), en países europeos entre 1980 y 2000.

Table 1.1 Pharmaceutical expenditure in EU member states (1980–2000*)

	Total expenditure on pharmaceuticals (% GDP)					Total expenditure on pharmaceuticals (% of total health expenditure)					Public expenditure on pharmaceuticals (% of total pharmaceutical expenditure)					Total per capita expenditure on pharmaceuticals (US\$ PPPs)				
	1980	1985	1990	1995	2000*	1980	1985	1990	1995	2000*	1980	1985	1990	1995	2000*	1980	1985	1990	1995	2000*
Austria ^f	—	—	—	—	1.1 ^a	—	—	13.2	10.4	14.1 ^a	—	—	—	—	65.4 ^d	—	—	—	—	270 ^a
Belgium	1.1	1.1	1.1	1.4	1.4 ^c	17.4	15.7	15.5	16.3	16.3 ^c	57.3	51.0	46.8	43.0	44.7 ^c	100	139	193	309	328 ^c
Denmark	0.6	0.6	0.6	0.7	0.8	6.0	6.6	7.5	9.1	9.2	49.9	45.5	34.2	48.6	46.1	50	77	109	171	223
Finland	0.7	0.7	0.7	1.1	1.0	10.7	9.7	9.4	14.0	15.5	46.7	44.5	47.4	45.3	50.1	54	82	122	199	259
France	—	—	1.4	1.7	1.9	—	—	16.8	17.5	20.1	—	—	61.9	61.4	65.1	—	—	254	346	473
Germany	1.2	1.3	1.2	1.3	1.3 ^b	13.4	13.8	14.3	12.3	12.7 ^b	73.7	71.9	73.1	72.3	69.2 ^b	110	172	228	269	312 ^b
Greece	1.2	1.1	1.1	1.5	1.5	18.8	—	14.5	17.3	18.4	60.0	—	70.3	70.0	61.6	65	83	104	195	258
Ireland	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	10.9	9.9	11.3	9.7	9.6	52.7	60.7	65.0	78.3	83.9	50	58	88	126	187
Italy	—	—	1.7	1.5	1.9 ^d	—	—	21.2	20.9	23.7 ^d	—	—	62.8	38.3	53.3 ^d	—	—	280	311	459 ^d
Luxembourg	0.9	0.9	0.9	0.8	0.7 ^a	14.5	14.7	14.9	12.0	11.7 ^a	86.4	86.0	84.6	81.7	80.8 ^a	88	132	223	255	307 ^a
Netherlands	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	8.0	9.3	9.6	11.0	11.8	66.7	63.3	66.6	88.8	63.7	53	83	128	196	264
Portugal	1.1	1.5	1.5	1.9	2.0 ^b	19.9	25.4	24.9	23.2	23.5 ^b	68.6	64.7	62.3	63.3	66.1 ^c	53	97	152	266	316 ^b
Spain	1.1	1.1	1.2	1.4	1.4 ^c	21.0	20.3	17.8	17.7	19.0 ^c	64.0	62.5	71.7	75.8	78.1 ^c	69	93	145	210	246 ^c
Sweden	0.6	0.6	0.7	1.0	1.0 ^c	6.5	7.0	8.0	12.5	12.8 ^c	71.8	70.1	71.7	71.4	71.2 ^c	55	82	120	202	227 ^c
United Kingdom	0.7	0.8	0.8	1.1	1.1 ^c	12.8	14.1	13.5	15.3	15.9 ^c	67.6	64.1	66.6	63.5	64.2 ^c	57	94	131	201	236 ^c

Notes: *Or latest available year. Data from ^a1999, ^b1998, ^c1997, ^d2001. ^eData for Austria from ÖBIG (Rosian *et al.* 2001).

Source: OECD (2002).

Como confirmación de las características sostenidas de esa tendencia y, por tanto, la existencia de alguna causa o grupo de causas que la justifiquen, los resultados en 2011 fueron similares: en ese año el gasto farmacéutico público ambulatorio representaba el 18% del gasto sanitario total consolidado, valor claramente superior en comparación con otros sistemas sanitarios semejantes, como Suecia (12,1%) o Reino Unido (11,8%), ambos dotados de servicios nacionales de salud. (Aunque el promedio de esta partida de gasto del conjunto de países de la OCDE es del 16,6%,

esa media sin duda refleja las distintas características organizativas y de gestión de los servicios sanitarios de otros países de la OCDE, como Alemania o Francia, dotados de sistemas sanitarios bismarckianos). (24, p. 25).

2.3.2. El gasto farmacéutico hospitalario.

La característica principal del gasto farmacéutico hospitalario español es la ausencia de estadísticas comunes fiables, por lo que las valoraciones deben guiarse por estimaciones indirectas. Una estimación de ese carácter realizada por la consultora especializada IMS Health para la Unión Europea (24, p. 27; 153) cifraba en 2013 el mercado hospitalario global (público + privado) en un valor próximo a los 6.300 millones de euros, con una previsión de estabilización para los próximos años como consecuencia de distintos factores de efecto contractivo, como los nuevos genéricos, la introducción de biosimilares, y una cierta tendencia a la gestión centralizada de los insumos farmacéuticos hospitalarios.

Son, por el contrario, factores que impulsarán el crecimiento del gasto farmacéutico hospitalario las nuevas moléculas innovadoras a las que se ha hecho referencia, para la mayoría de las cuales se viene indicado su prescripción y uso hospitalario, y la tendencia al uso de éstas y otros productos de coste elevado en pacientes de edades cada vez más elevada, pese a las dudas razonables sobre las ventajas de su uso en muchos casos en términos de prolongación de la vida con una calidad aceptable.

La perspectiva de que el uso de los nuevos medicamentos va a generar un aumento significativo del gasto farmacéutico hospitalario es lo que llevó al actual gobierno a plantear la imposición de un copago limitado para el uso extrahospitalario de estos nuevos productos, en todo caso de prescripción por los servicios hospitalarios especializados. Se trata, sin embargo, de un copago que, pese a haberse introducido de manera supuestamente obligada hace ya más de un año, no fue aplicado por ninguna CA por razones diversas, más o menos expresas en su negativa a aplicarlo, y fue finalmente retirado por el nuevo ministro José Antonio Alonso al poco de su acceso a la cartera de Sanidad (154).

Las dificultades razonables para la utilización de ese procedimiento como instrumento para limitar el gasto farmacéutico, por tratarse de productos cuya indicación y consumo no puede quedar en ningún caso a criterio de los propios pacientes, ni ser susceptibles de limitar el acceso a los mismos por las limitaciones económicas de aquellos pacientes a los que se les haya indicado, hacen que sea poco previsible la

utilidad de ese procedimiento, y su aceptación política, en el futuro más próximo. Para el caso de los nuevos productos de precio elevado parecen precisas otro tipo de medidas que, al igual que en otros países, permitan el acceso a los mismos sin poner en cuestión la sostenibilidad económica del sistema sanitario. A esa cuestión se ha hecho ya referencia en otros apartados de este trabajo.

La reducción y el control del gasto farmacéutico hospitalario que, por las razones indicadas, parece abocado a ocupar una proporción creciente del gasto farmacéutico total, requieren, por eso, de medidas complementarias de un doble carácter:

-de un lado, la mejora de la información real sobre el gasto realizado.

En este sentido, los intentos de hacer de obligado cumplimiento la información de este gasto en el caso de los hospitales públicos han resultado hasta ahora fallidas: en el Real Decreto 1708/2010, por el que se aprobó el programa anual para 2011 del Plan Estadístico Nacional para el período 2009-2011 se incluyó la obligación de proporcionar esos datos (Programa nº 5399. Gasto farmacéutico de los hospitales públicos del SNS), obligación que, como tantas otras de este carácter, fue incumplida de manera generalizada. De hecho, el Programa Anual del Plan Estadístico Nacional para el período 2013-2016, aprobado por Real Decreto 1017/2013, de 20 de diciembre, al revés que el anterior, no incluye siquiera la referencia a la obligación de proporcionar esos datos. Unos datos de cuyo interés no cabe dudar, y cuya disponibilidad ha sido reclamada incluso por el Consejo Económico y Social en su Dictamen 8/2013 (24, p. 27-28; 155).

Por su parte, el RD 177/2014, de 21 de marzo, que regula el sistema de precios de referencia y de agrupaciones homogéneas de medicamentos en el SNS, y determinados sistemas de información en materia de financiación y precios de los medicamentos y productos sanitarios, establece en su artículo 15 la obligación de remitir mensualmente a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS el número de envases de los medicamentos, identificados a través de su código correspondiente establecido por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) consumidos en los centros hospitalarios del Sistema. La limitación de la información prevista es que se restringe al número de envases utilizados en cada caso, y no se extiende al precio de los mismos aplicado en cada centro, lo que deriva en el desconocimiento real del gasto realizado.

-de otro, la homogeneización real de los precios aplicados a los mismos medicamentos en todo los centros hospitalarios.

La tendencia inicial, común a todas las CCAA, una vez recibieron los traspasos del INSALUD, fue a que cada centro llevara a cabo las compras de productos farmacéuticos y sanitarios y no sanitarios en general de manera independiente. Se trata de una tendencia que sólo está empezando a revertirse en los últimos años. Su consecuencia son las diferencias de precios aplicados a los mismos productos para su compra por distintos centros hospitalarios, incluso de una misma ciudad, que se han puesto de manifiesto en repetidos informes: puede servir de ejemplo el más reciente de la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid respecto a los centros de esta Comunidad Autónoma (156; 157), en el que se ponen de manifiesto diferencias de hasta el 20% de los precios aplicados en diferentes centros

El resultado de esas diferencias es siempre el aumento del gasto farmacéutico hospitalario general, pues los laboratorios aplican los diferentes precios de manera que globalmente sea ese el resultado.

Las posibilidades de lograr la homogeneización de los precios y con ello un mejor control de esta parte del gasto pasa por la constitución de centrales de compras, que se están empezando a constituir para los hospitales públicos por algunas CCAA (curiosamente también, y con menores dificultades, por determinadas cadenas de hospitales privados, como los asociados a las empresas Ribera Salud, y otros grupos como Hospital de Madrid, o la asociación IDC-Quirón) (158; 159; 160; 161).

2.3.3. La relación gasto público/ gasto privado en medicamentos.

Como se ha indicado en el apartado I.3.2.f) anterior, España es uno de los pocos países, con Irlanda y Francia, el primero de ellos en una proporción aún mayor, que, partiendo de niveles que ya eran superiores a la media europea, aumentó la proporción de gasto público dedicado a la financiación de medicamentos (recetas) entre 1980 y 2000 (105; el segundo de los cuadros incluidos en ese apartado, extraídos de la serie OECD Health Data de 2012, permite comprobar que, siendo el porcentaje de gasto farmacéutico público en recetas del 64% en 1980, la cifra alcanzó el 73% en el año 2000 . Ese aumento se correspondió con el incremento del porcentaje de gasto público en recetas respecto al PIB en esos años desde el 0,7% al 1,1%.

Esa evolución creciente entre los años citados contrasta con el ritmo decreciente seguido en ese mismo plazo por la mayoría de los países europeos en el concepto citado, que pasó, en promedio, del 58 al 54%. Tal ritmo decreciente de la proporción de gasto público sobre el gasto farmacéutico total en recetas de cada país resulta expresivo de los esfuerzos por controlar el gasto sanitario que comenzaron ya en aquellos años, esfuerzos que se concentraron en buen parte en la reducción del gasto farmacéutico. Las razones para hacerlo así en otros países fueron probablemente de doble carácter: de una parte, la facilidad con la que es posible reducir la proporción de gasto público recurriendo al aumento de los copagos farmacéuticos, que existen en todos los países europeos; de otra, que ya en esos años se empezó a poner de manifiesto que la razón principal del aumento del gasto sanitario era la introducción acelerada de la innovación tecnológica, y en especial la farmacéutica (centrada en aquel momento en nuevos productos generados por síntesis química con escasas ventajas adicionales sobre los ya existentes) sin una valoración adecuada de los resultados en términos de coste-efectividad.

Por su parte, España llevó a cabo en esos años, que fueron los de creación y expansión del SNS, una expansión significativa del gasto público en recetas que se puede considerar repercutió de manera negativa y constituyó una hipoteca manifiesta en el desarrollo de aquél, con repercusiones especialmente evidentes en algunos terrenos, como el del personal: como se ha puesto de manifiesto en otros trabajos (162) la diferencia en la proporción de gasto público sobre el gasto farmacéutico total al final de esos años era equivalente a la diferencia porcentual existente entre las retribuciones medias de los profesionales sanitarios españoles respecto a las del promedio de los países europeos más desarrollados.

Por otra parte, la reducción del gasto público farmacéutico en recetas en los términos porcentuales citados en los países europeos en el período mencionado, lo mismo que el aumento de ese mismo concepto en España en ese plazo, coexistió en ambos casos con un aumento manifiesto del gasto público per cápita en medicamentos en términos de poder paritario de compra. Un aumento del gasto paralelo al aumento del precio de los nuevos productos lanzados al mercado que, como se corresponde con el aumento proporcional del gasto público, fue mayor aún en España que en el resto de los países europeos: mientras que en España pasó de 38 a 210 en ese plazo, en el caso de los países europeo pasó en promedio en el mismo tiempo de 52 a 199. Lo que, sin

embargo, para los países europeos supuso un aumento proporcional menor del gasto público farmacéutico en recetas sobre el PIB, del 0,6 al 0,9%.

El gasto real en recetas ajustado por la inflación en España siguió creciendo en los años siguientes: entre 2001 y 2010 lo hizo a un ritmo del 2,5% anual (153) y, aunque en términos proporcionales de gasto público farmacéutico en relación con el gasto farmacéutico total se redujo en una décima en ese plazo (pasó del 73 al 72%, por aumento del gasto privado más que por reducción del público), la proporción de gasto público en recetas en relación con el PIB subió desde el 1,1% en 2000 a 1,3% en 2010, que es el porcentaje más elevado alcanzado nunca por ese concepto en nuestro país.

Es situación explica que buena parte de las medidas dirigidas a reducir el gasto sanitario se concentraran desde 2010 en el sector farmacéutico, el cual, pese al aumento del gasto sanitario total como porcentaje del PIB, que pasó entre 1980 y 2000 de representar el 5,1% del PIB a ser el 7%, con lo que supone ese aumento en términos absolutos, siguió suponiendo un porcentaje similar del gasto sanitario total (paso de ser el 21,8% de éste en 1980 a ser el 22% en 2000) o, expresado en términos de gasto farmacéutico total sobre PIB, del 1,1% en 1980 a 1,8% en 2010.

2.3.4. Las medidas para la reducción del gasto farmacéutico a partir de 2010.

a) Las medidas adoptadas por el PSOE.

Estas medidas, que hay que situar en el contexto de la reducción del déficit público mediante la reducción del gasto público exigidas a España desde el ámbito de la Unión Europea, comenzaron con el Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. Las medidas contenidas en esta norma tuvieron por objeto principalmente la reducción del precio de los medicamentos genéricos financiados por el SNS e incluidos en el sistema de precios de referencia. La reducción se llevó a cabo mediante la aplicación de una escala de reducción inversa al precio de los productos, que iba desde el 0% para los productos de precio superior a 25,01 euros, al 30% en el caso de productos de precio inferior a 1 euro. La norma llevó además a cabo una modificación de los márgenes aplicables a las oficinas de farmacia, fijó el establecimiento de una escala de deducciones a realizar por las farmacias en la facturación al SNS proporcional al

nivel de ventas totales de cada una, y redujo que podrían hacer los distribuidores a las oficinas de farmacia por pronto pago o volumen de compras.

El Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, estableció en sus artículos 8 a 10 con carácter general y escasas excepciones una deducción adicional del 7,5% a aplicar por las oficinas de farmacia en su facturación al SNS, y una deducción de la misma cuantía a realizar por los laboratorios o distribuidores en las compras realizadas por los hospitales y centros del SNS. En el artículo 11 de la misma norma se incluyó una reducción del 7,5 % en el precio de los productos sanitarios incluidos en la prestación del SNS (un 20% en el precio de los absorbentes de incontinencia urinaria), y en el artículo 12 siguiente se previó la posibilidad de autorizar la dispensación de unidades concretas para determinados medicamentos y patologías, con objeto de ajustar las unidades dispensadas a la duración del tratamiento.

El Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, adoptó medidas *“para la mejora de la calidad y cohesión del SNS, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011”*. Las medidas sanitarias consistieron principalmente en modificaciones de distintos artículos de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos, de manera destacada los relativos a la regulación de los precios de referencia y al funcionamiento de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos. Respecto a ésta se previó la posibilidad de incorporar a sus deliberaciones informes de coste-efectividad elaborados por una comisión de nueva creación en la que podrían participar representantes de las CCAA y de las mutualidades de funcionarios.

Las normas citadas, todas ellas promulgadas bajo el mandato de los últimos gobiernos del PSOE, dieron lugar a una reducción del gasto farmacéutico en recetas de alrededor de algo menos del 9% entre mayo de 2010 y junio de 2012. Este descenso estuvo principalmente vinculado a una reducción del 20% del gasto medio por receta, como consecuencia sobre todo de las deducciones mencionadas incluidas en la facturación: el gasto medio por receta, que era de 13,43 euros en mayo de 2010, cayó hasta los 10,75 en junio de 2012. Esa reducción se acompañó de una ralentización del ritmo de crecimiento del número de recetas facturadas, que desde 2007 y hasta 2010 había sido la causa de un aumento sostenido del gasto total en recetas a un ritmo interanual de cerca del 5%.

Con todo ello, el gasto total pasó de una cifra promedio mensual, con variaciones estacionales significativas, de 1.054 millones de euros en 2010, a reducirse a una cifra total de gasto en recetas de 910,9 millones de euros en junio de 2012 (elaboración propia a partir de datos de Boletín de Coyuntura de Farmaindustria). La reducción del gasto total en recetas fue en todo caso paulatina: según el informe de la OMC (24), la reducción fue del 2,4% en 2010 y del 8,6% en 2011, alcanzando la cifra global indicada, cercana al 9%, entre 2010 y junio de 2012, en esta última fecha

Con esa reducción, el porcentaje del gasto farmacéutico en recetas sobre el PIB, que había alcanzado en 2010 el 1,3% de éste, se redujo a finales de 2012 (con la contribución de las medidas del PP que se describen a continuación) hasta el 0,929% del PIB, una proporción que bajaba por primera vez del 1% desde 1995 (24, p. 26).

b) Las medidas adoptadas por el PP.

Las medidas adoptadas por el PP respecto al gasto farmacéutico son las contenidas en el RD-Ley 16/2012, que, de manera resumida, supusieron:

- Volvió a establecerse la preferencia por el genérico a igualdad de precio menor cuando se prescribe por principio activo, preferencia que había sido eliminada en el Real Decreto-ley 9/2011.

- Se reabrió la vía para desfinanciar medicamentos que estén indicados para síndromes menores.

- Se estableció un “sistema de precios seleccionados”, para medicamentos incluidos en el Sistema de Precios de Referencia, con el objetivo de reducir el coste de adquisición de los medicamentos afectados por el mismo.

- Se estableció un nuevo sistema de participación del usuario en el precio de los medicamentos de dispensación ambulatoria, que introduce:

- Para los activos, un copago del 40%, 50% o 60% del PVP de los medicamentos según su nivel de renta sea inferior a 18.000 € anuales, esté entre 18.000 y 100.000 o sea superior a 100.000 € anuales, respectivamente.

- Para los pensionistas con rentas inferiores a 100.000 € al año, un copago del 10% del PVP, con un tope de gasto de 8€ al mes si su renta anual es inferior a 18.000 € o de 18 € al mes si su nivel de renta está entre 18.000 y 100.000 € anuales.

- Para pensionistas con rentas anuales superiores a 100.000 € un copago del 60% del PVP de los fármacos, con un tope de 60 € al mes.
- Exenciones de copagos para parados sin subsidio, perceptores de rentas de integración social, pensiones no contributivas, afectados por el síndrome tóxico, personas con discapacidad según su normativa específica y tratamientos derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.
- Se introdujo el copago en la dispensación ambulatoria, a través de receta médica, en servicios de farmacia y se actualizó a 4,13 € la aportación reducida máxima (2,64 € anteriormente), que se revisaría automáticamente cada mes de enero según el IPC.

Las disposiciones anteriores se complementaron en agosto de 2012 con una resolución de 2 de agosto de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia por la que se excluyeron 417 medicamentos de la prestación farmacéutica del SNS, que entró en vigor el 1 de septiembre de ese año.

La entrada en vigor escalonada de estas medidas dio lugar a una caída inmediata del número de recetas facturadas, que hay que poner en relación con la entrada en vigor del aumento señalado de los copagos (variación que, sin embargo, no tuvo lugar para el caso de los aplicados en las mutualidades de funcionarios), lo que dio lugar a una caída inmediata del gasto, que a partir del mes de septiembre de 2012 se combinó con la reducción del número de recetas debida a la exclusión de los 417 productos señalados, sin que en esos plazos se produjera ningún cambio significativo del precio medio por receta.

En términos económicos la reducción del gasto en recetas fue muy sustantiva: partiendo de un gasto farmacéutico público en recetas del SNS medido en términos de suma móvil anual acumulada, que en junio de 2012 era de 10.877 millones de euros, en agosto del mismo año había caído ya a 10.471 millones de euros, en octubre a 10.072 millones de euros, y en diciembre a 9.770 millones de euros, una reducción del gasto medido en términos interanuales realizada en seis meses de 1.107 millones de euros, casi el 11% de la cifra inicial.

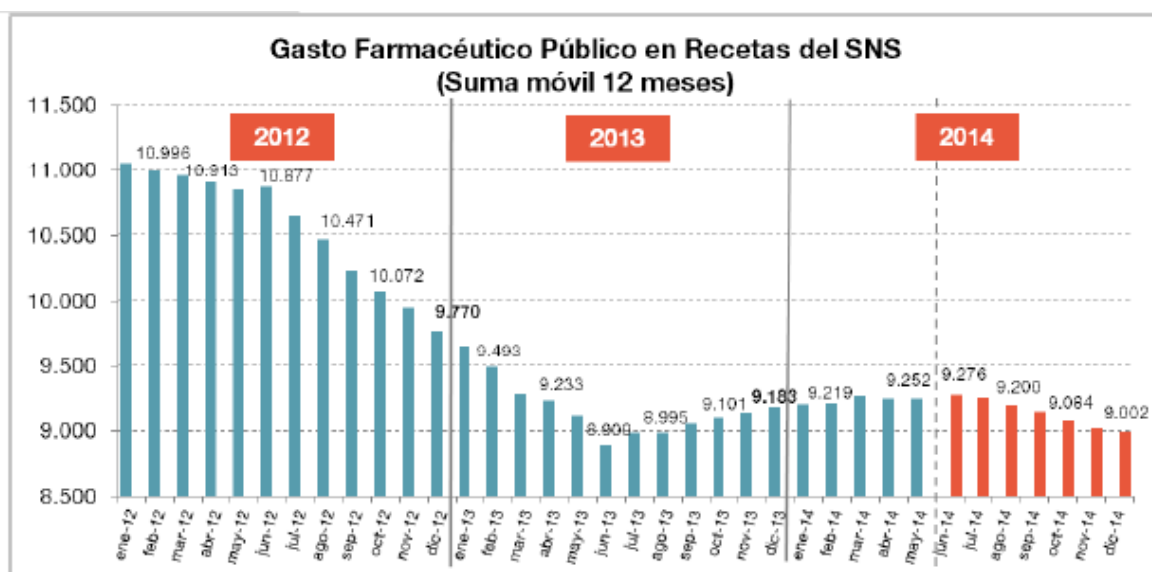
En el cuadro siguiente, tomado del informe de Farmaindustria de Julio de 2014 “Análisis de la evolución del Gasto Farmacéutico público en España” (164), se puede observar que la caída interanual del gasto siguió desarrollándose de manera nítida hasta junio de 2013, justo un año después de que se comenzaran a aplicar los nuevos copagos. De esa evolución se pueden deducir dos consecuencias principales:

- En primer lugar, la importancia preferente del aumento de los copagos efectuados en la reducción inmediata del gasto en recetas, por una reducción drástica y mantenida del número de éstas, que en algunos meses supuso una reducción de más del 13% respecto al nº de recetas dispensadas en el mismo mes del año anterior; todo ello al margen de las consecuencias sanitarias que pudiera tener ese aumento indiscriminado de los copagos, sin diferenciar por líneas de producto ni otras modalidades de aplicación posibles.

En esta valoración coincide también el informe de la OMC (153, p. 26), en el que se indica que *“una estimación de la cantidad bruta que se ha pasado al ciudadano por el aumento del copago pudiera estar en torno a los 600 millones de euros, que junto con lo que representaba el copago anterior (5,6%), unos 540 millones de euros, implicaría un porcentaje de copago total de un 10%”*.

Por el contrario, se puede considerar que la influencia en la reducción tan importante del gasto de otros mecanismos, entre ellos la reducción de los precios, o incluso la exclusión de medicamentos de la financiación pública, actuaciones que tuvieron lugar a lo largo de y en septiembre de 2012 respectivamente, fue mucho más reducida: de hecho, según la propia información de Farmaindustria, el gasto medio por receta en el período desde diciembre de 2011 a noviembre de 2012 fue de 10,71 euros, y de diciembre de 2012 a noviembre de 2013, de 10,68 euros.

Gráfico 4. Gasto farmacéutico público en recetas del SNS enero 2012- diciembre 2014.



Fuente: MSSSI y predicciones, Farmaindustria

- La segunda observación se refiere al pequeño aumento paulatino del gasto que se puede observar a partir de julio de 2013. Se trata del primer mes a partir del cual los copagos son los mismos que los aplicados en el mismo mes de un año antes, lo que hace que no haya un descenso sustancial del número de recetas respecto al volumen de recetas de un año antes, o incluso un pequeño aumento, como si los consumos se hubieran adaptado al nuevo nivel de copagos.

Por su parte, con los datos del consumo de septiembre de 2014, se puede observar una cierta tendencia a un discreto aumento del gasto medio por receta, que ha pasado de ser de 10,68 euros en el período septiembre de 2012-agosto de 2013, a 10,76 euros en el plazo septiembre de 2013-agosto de 2014.

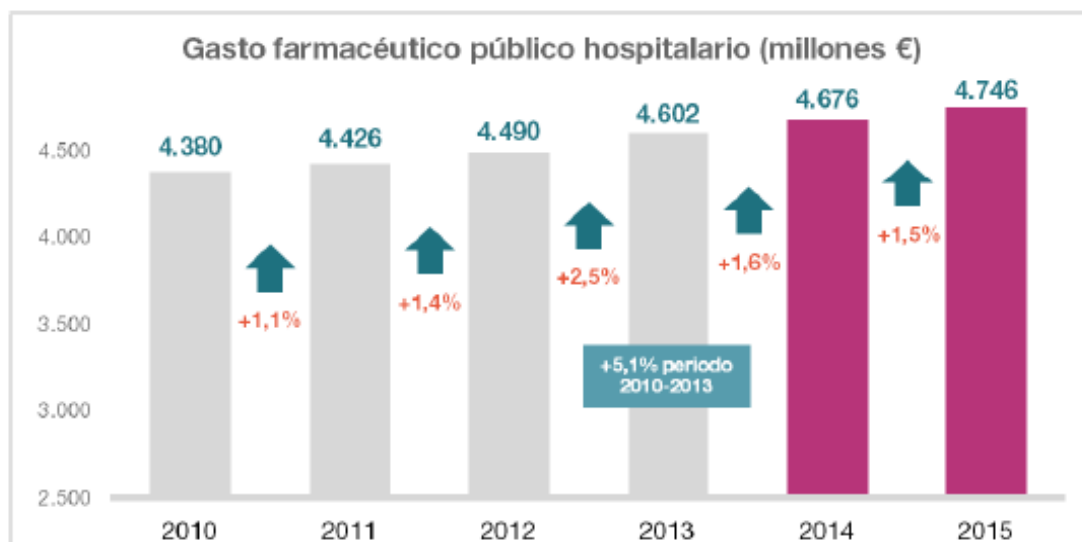
Esta tendencia a amortiguar los efectos de las medidas adoptadas en cada caso a lo largo de los años para reducir el gasto en recetas es común a los intentos realizados a esos efectos en las últimas décadas: cualquier medida, adoptada en general por separado, desde la introducción de los genéricos, las rebajas de precios, o los precios de referencia, termina por agotar sus efectos en plazos que se empiezan a manifestar al cabo de un año o poco más, momento a partir del cual se produce un aumento paulatino del gasto por adaptación a las medidas adoptadas, que termina por devolverlo a niveles de gasto similares a la situación anterior a esas medidas.

Si algo diferencia a la situación actual es que la reducción del gasto público en estas partidas, justificada principalmente por el aumento de los copagos, ha sido mucho más profunda que la lograda con medidas anteriores, pese al mantenimiento de éstas: de hecho el gasto en recetas en relación con el gasto sanitario total se ha reducido del 18,8% al cifra del 15%, cercana a los promedios de los países con constitución sanitaria similar a la del SNS.

La queja que expresa Farmaindustria por ese descenso (165), supone, sin embargo, atribuir principalmente el mismo a la limitación establecida por las medidas adoptadas para acceder a los medicamentos calificados como “innovadores”. Al menos una parte de éstos se han hecho de aportación reducida, cuando no, como ocurre en otros casos, de gestión hospitalaria. Un enfoque que se traduce en el progresivo aumento del gasto farmacéutico hospitalario que, pese a las limitaciones en la recogida de datos de ese gasto mencionadas previamente, la propia Federación reconoce y se puede observar

en el siguiente gráfico. Un aumento que, por otra parte, se puede ver notablemente incrementado por la introducción en el mercado español de los nuevos medicamentos biotecnológicos, como el Sovaldi, cuyo número se va progresivamente ampliando.

Gráfico 5. Gasto farmacéutico público hospitalario anual en España en millones de euros en el período 2010-2015.



Fuente: Datos 2010-2013, MSSSI y Farmaindustria (Encuesta de Deuda Hospitalaria).
Prev. 2014-2015, Farmaindustria a partir de prev. IMS (Market Prognosis Spain. Rev. Marzo 2014)

Este papel del aumento sustancial de los copagos para reducir el consumo ambulatorio debe tenerse especialmente en cuenta para considerar medidas alternativas a aquéllos si se quiere mantener esa parte del gasto farmacéutico en los niveles de gasto ambulatorio alcanzados, por otra parte comparables en términos proporcionales a los que mantienen los sistemas sanitarios más semejantes al nuestro, a diferencia de lo que era la pauta habitual de gasto público farmacéutico ambulatorio en nuestro país.

3. Análisis de posibles propuestas de modificación de la relación con los proveedores por parte del SNS

3.1. Objetivos generales de los cambios que se proponen.

La situación actual del gasto en medicamentos que se ha descrito en apartados previos, tanto a nivel ambulatorio en recetas, como en el nivel hospitalario, es determinante de los objetivos de carácter general que se deben establecer a nivel económico para orientar los cambios que se propone llevar a cambio.

La razón de situar ese enfoque económico como marco prioritario de actuación es que el aumento del gasto sanitario se debe, aquí como en otros países, principalmente al aumento del gasto farmacéutico y, en menor medida, en otras tecnologías, y que el ritmo de crecimiento de ese gasto amenaza con poner en cuestión la sostenibilidad económica de todos los sistemas sanitarios, y con aumentar con ello las desigualdades en el acceso a éstos y, en concreto, a los medicamentos y otros productos sanitarios esenciales. Se trata de una tendencia que ya era patente en las últimas décadas, pero que se ha agravado en los últimos años a expensas del desarrollo de los nuevos productos biotecnológicos, de precios muy elevados y muchos de ellos susceptibles de un uso muy amplio en términos poblacionales.

Expresados por niveles de atención, esos objetivos económicos prioritarios se pueden fijar en la forma siguiente:

- a nivel del gasto ambulatorio en recetas, se trata de evitar que ese, tanto en relación con el PIB como con el gasto público en medicamentos y en proporción al gasto sanitario total, no vuelva a subir, una vez se han alcanzado, como resultado principal del aumento de los copagos efectuado a partir de 2012, y al margen de sus efectos sociales y sanitarios, niveles proporcionales de gasto similares a los de otros países de nuestro entorno que no se habían alcanzado nunca previamente y que, por encontrarse habitualmente a niveles proporcionalmente más altos, hipotecaban, como se ha indicado, otras partidas del gasto público sanitario.

- al nivel hospitalario, el objetivo principal es tratar de someter a control el aumento progresivo del gasto farmacéutico a ese nivel, que mantiene un ritmo de incremento creciente, que es previsible que aumente a expensas de los nuevos productos biotecnológicos que se están lanzando al mercado.

En este caso al problema del control ritmo de crecimiento de ese gasto hay que añadirle que se evite que el mismo se traslade a los pacientes por la imposición de copagos hospitalarios, lo que generaría desigualdades en el acceso a los nuevos medicamentos incompatibles con la equidad de la protección sanitaria pública. Pero también que se evite que el sostenimiento de ese gasto se haga a expensas de la

reducción de la protección ofrecida para toda la población en términos de medicamentos de uso más habitual, mediante el mantenimiento o la ampliación de los copagos en medicamentos de uso ambulatorio, o incluso la ampliación a un número adicional de medicamentos excluidos de la financiación pública, con efectos en términos de desigualdades igualmente indeseables en términos tanto sociales como sanitarios.

3.2. Procedimientos para mantener controlado (o reducir) el gasto farmacéutico.

Como se viene reiterando en apartados anteriores, la medida que ha tenido mayor eficacia desde el punto de vista económico para reducir el gasto farmacéutico, en particular el realizado en recetas a nivel ambulatorio, que es del que se dispone de información más amplia y desde hace más tiempo, ha sido el aumento del nivel de los copagos que ya existían en el ámbito general del SNS, que se han extendido incluso a los pensionistas cubiertos por este régimen, que hasta 2012 estaban exentos de ellos.

Aumentar aún más los mismos parece, sin embargo, un camino vedado por los efectos en términos de desigualdades sociales y sanitarias observados, pese a que son necesarios estudios más precisos en este terreno. Se ha comentado también que, pasado un año de su entrada en vigor, parece observarse que los efectos de la elevación de los copagos al nivel en que se mantienen éstos parecen haber comenzado a perder buena parte de su efectividad para seguir manteniendo el mismo nivel de gasto, que ha comenzado a elevarse de nuevo poco a poco a partir del nivel de reducción alcanzado (pese a una reducción más reciente, que parece deberse a la entrada en vigor más reciente de la nueva regulación de los precios de referencia en los grupos de medicamentos que han perdido ya la patente realizada por el Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo).

Por otra parte, la Comisión Europea demanda de España para antes de febrero de 2015 una nueva reducción del gasto público, a la que, según la propia Comisión (166; 167) puede contribuir de manera significativa la reducción del gasto farmacéutico, puesto que *“los indicadores muestran que España se enfrenta a unos gastos relativamente altos en productos farmacéuticos, cuyos precios son relativamente elevados, y a una baja proporción de medicamentos genéricos”* (168).

El reto parece, en todo caso, cómo lograr ese control, si no reducción del gasto, sin recurrir e nuevas vueltas de tuerca para la población en forma de aumentos de copagos o, como se indicaba más arriba, exclusión de nuevas listas de medicamentos de la financiación pública. Afrontar ese reto sin recurrir a esos mecanismos de efectos inmediatos ya aplicados parece requerir de reformas “estructurales” de los mecanismos de funcionamiento de las distintas fases que van desde la fabricación de los productos hasta su consumo, incluyendo los procedimientos administrativos intermedios que hacen posible este último.

Para determinar cuáles de esos mecanismos aplicados en España son susceptibles de cambios se recurre a comparar el desarrollo de los mismos aquí con los desarrollados en otros países, observando también los resultados en uno y otro caso. Las recomendaciones que se formulan a continuación son el resultado de esas observaciones, y su conjugación con los objetivos generales antes citados.

3.2.1. Limitación a efectos de control del gasto de los cambios en las regulaciones generales españolas sobre productos farmacéuticos.

Una comparación de las medidas regulatorias sobre la oferta y la demanda a las que se ha hecho referencia en apartados previos permite deducir que no hay diferencias sustantivas entre las aplicadas en nuestro país y las aplicadas en otros casos.

Es cierto que las aplicadas ahora en España han sido el resultado de una evolución quizás más lenta y, sobre todo, quizás menos coordinada que la llevadas a cabo en otros países, en los que se llevan aplicando de manera conjunta desde hace más años. En este sentido se podría quizás observar que la mayoría de esas medidas (desde los precios de referencia al desarrollo de productos genéricos, los listados de medicamentos excluidos de la financiación pública, y otras) se han ido aplicando en cada caso en solitario y de manera independiente unas de otras. Un efecto de esa forma más lenta y menos coordinada de aplicación de las medidas ha podido contribuir a facilitar la respuesta de las empresas farmacéuticas en cada caso, propiciando la recuperación habitual del nivel de gasto previo a la aplicación de cada medida en un plazo menor que si su aplicación hubiera sido combinada y simultánea (168).

En todo caso, en la situación actual no cabe aplicar en España medidas distintas a las que se están aplicando en uno u otro grado y que, no aplicándose aquí, lo estén siendo en otros países de nuestro entorno más inmediato. En consecuencia, no cabe esperar

en las regulaciones disponibles aquí cambios significativos en el corto plazo, y menos que éstos puedan tener efectos inmediatos y sostenidos sobre la reducción del gasto.

3.2.2. Mecanismos de autorización de la comercialización y fijación de precios.

De manera resumida, cabe señalar que los procedimientos establecidos en España para autorizar la comercialización de productos farmacéuticos de uso humano, y la intervención en los mismos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), creada en 1997, son semejantes a los previstos en los países de nuestro entorno. Cabe añadir a ello que en la actualidad hay la posibilidad, dentro de ciertos límites, de optar a la autorización de medicamentos por la Agencia Europea, o incluso por las agencias de otros países de la Unión Europea con efectos sobre todos los países de la Unión. En el apartado 1.3 anterior de este capítulo se ha hecho referencia más amplia a esta cuestión.

En el mismo apartado se ha hecho también referencia a la tendencia manifiesta en este momento a someter la financiación de los análisis y estudios de las agencias a las aportaciones de los laboratorios que solicitan las evaluaciones y autorizaciones correspondientes. Se trata de una práctica, que se ha impuesto de manera generalizada, que puede contribuir a poner en peligro la objetividad de las evaluaciones correspondientes, en tanto puede fomentar la búsqueda de entidad evaluadora en función de criterios económicos de precio más favorable o por cuestiones de actitud más favorable o rapidez en la evaluación. Se trata, en todo caso, de una tendencia que no se puede combatir por un país solo, en tanto se sigan manteniendo las condiciones de intercambiabilidad de los resultados de las evaluaciones efectuadas. Se trataría, de cualquier forma, de que si se plantean esas cuestiones en los foros europeos correspondientes, España apoyase la modificación uniforme de los sistemas de financiación de las agencias que realizan la evaluación previa a la autorización.

Como ocurre también en otros países de nuestro entorno que disponen de servicios públicos sanitarios de una u otra naturaleza, la autorización de la comercialización de un medicamento conlleva habitualmente una decisión posterior, desarrollada por procedimientos distintos, para hacer disponible o no el uso de cada medicamento en el ámbito del servicio de salud correspondiente. En el caso español, esa decisión le corresponde al Ministerio de Sanidad, siendo la norma más reciente que lo especifica

así el apartado siete del artículo 1 del Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad u cohesión del sistema nacional de salud y de contribución a la consolidación fiscal.

En la práctica, se trata de un trámite formal que, desde que se hizo desaparecer en época predemocrática el llamado “petitorio de la Seguridad Social”, una “lista positiva” que existía previamente, no supone habitualmente, con excepciones escasas, la exclusión de la mayoría más amplia de los productos autorizados. Esas excepciones, o la demora de las decisiones correspondientes, se han hecho más llamativas con algunos de los medicamentos biotecnológicos más recientes, en los que la autorización se ha combinado con la negociación del precio del mismo antes de adoptar la decisión formal final.

En cuanto a la determinación del precio de los productos farmacéuticos, las posiciones en distintos países varían entre aquéllos en los que hay una intervención pública en la regulación de los precios por procedimientos distintos, entre los que se encuentran la mayoría de los países europeos, y aquellos otros en los que, como en los Estados Unidos, que es el ejemplo más característico de esa situación, rige básicamente la libertad de precios (169).

En España existe una intervención pública en la fijación de los precios de los medicamentos desde la primera ley del medicamento, la 25/1990, de 20 de diciembre. En el artículo 100 de aquella norma se creó la Comisión Interministerial de precios de los Medicamentos (CIPM), adscrita al entonces Mº de Sanidad y Consumo, a la que desde entonces le corresponde establecer *“el precio industrial máximo para cada especialidad farmacéutica que se dispense en territorio nacional, financiada con cargo a fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad”*. Esa terminología se ha mantenido hasta la última regulación de esa Comisión que se llevó a cabo mediante la disposición final primera del Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Mº de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad, mediante la que se modificó la composición de esa Comisión, introduciendo en la misma a dos representantes de las CCAA, y en cuyo primer párrafo se repite la misma expresión, indicando que *“corresponde a la CIPM el establecimiento del precio industrial máximo con carácter nacional para cada especialidad farmacéutica financiada con cargo a fondos públicos”*.

El análisis de la composición de esa Comisión permite, por otra parte, comprobar, que de la misma forman parte, además de varios representantes del Mº de Sanidad, uno

del M° de Economía y Competitividad y otro del M° de Industria, ambos con el supuesto rango de Director General, aunque en la práctica son sustituidos en muchas de las reuniones por funcionarios subordinados a ellos, con criterios variables en función de los responsables políticos de cada momento.

Para fijar el precio de cualquier medicamento, que en la práctica es el aplicado no sólo al ámbito del SDS, sino en general para la venta libre sin ninguna diferenciación, la Comisión debe supuestamente analizar los costes de investigación y producción del medicamento, e incluso las supuestas ventajas en términos de coste-efectividad respecto a otros productos similares ya existentes, lo que supone la aportación de un volumen de documentación que supera con creces su propia capacidad de análisis. La fijación del precio en cada caso resulta, por ello, en la mayoría de los mismos, del criterio político adoptado con el fin de favorecer los intereses del laboratorio correspondiente que resultan más adecuados para los representantes de los ministerios económicos que forma parte de la Comisión, cuyos intereses prioritarios obedecen a criterios económicos (sobre producción, empleo, balanzas comerciales u otros) ajenos a la cobertura y el funcionamiento del SNS.

Los intereses de la industria farmacéutica son parte principal de las políticas farmacéuticas en todos los países, con relaciones que son siempre de tensión con los del servicio público de salud de cada uno, lo que se he descrito ampliamente en el primer apartado de este capítulo. Sin embargo, lo que la composición y el funcionamiento descritos de la Comisión citada, que tiene, por otra parte sus objetivos fijados en los términos indicados, tiene como resultado es que, unos y otros en conjunto, suponen enajenar la capacidad de negociación de los mejores precios que corresponderían al SNS como consumidor casi monopsónico de los productos farmacéuticos, y cuyos precios, por el contrario, se le imponen por decisión de una Comisión en la que intervienen de manera significativa, vía las influencias sobre los ministerios citados, los propios intereses del proveedor.

La situación no es distinta a la descrita en otros países en el primer apartado de este capítulo, entre ellos los Estados Unidos, en la que el interés principal de las empresas farmacéuticas va dirigido a impedir por procedimientos distintos la capacidad negociadora a la baja de los precios aplicados a los sistemas públicos que se derivan de la condición casi monopolista de los servicios públicos de salud, con independencia de lo que ello suponga para el gasto de éstos, cada vez más comprometido en todas partes por el aumento del gasto farmacéutico.

Recuperar esa capacidad de negociación expresa por parte del SNS mediante la modificación del sistema de fijación de precios que se aplica en España debe constituir, por eso, uno de los objetivos destacados de las políticas de relación con los proveedores en este momento.

3.2.3. La firma de acuerdos globales de gasto con la industria farmacéutica.

Cuando se están redactando estas líneas, el Ministerio de Hacienda está pergeñando los términos de un acuerdo con Farmaindustria que comprometiera un aumento del gasto farmacéutico en los próximos años igual al del PIB y, por tanto muy superior a la reducción que se ha producido en los últimos años en relación con la misma referencia.

Se trata de una experiencia ya repetida en nuestro país en la que lo que se establece, en apariencia como límite superior de gasto, se convierte en la práctica en un mínimo de hecho, por mucho que a partir de esa cifra se plantee una reducción total o parcial de los beneficios obtenidos. Por otra parte, la cifra de crecimiento que se fije debe ser distribuida entre los distintos laboratorios nacionales y extranjeros, con intereses contradictorios en la mayoría de los casos, que operan aquí. Por su parte, establecer ese límite global, que resulta la cifra mínima de gasto a alcanzar, supone hipotecar la posibilidad de obtener una mayor reducción del gasto por aplicación de otras medidas. En la práctica, eso es lo que ha ocurrido en los casos en que se han planteado límites de gasto semejantes, lo que ha sucedido en varios períodos concretos después de la aprobación de la Constitución (168, p. 398-411; 170, 171; 172):

-el primero de ellos ocurrió en años previos a la aprobación de la LGS, el último en 1982, año en el que se formalizó el último convenio con la industria que se puede considerar ligado a los que se venían firmando con ésta en los últimos años del período preconstitucional.

-el segundo período en que estuvieron vigentes convenios de ese tipo comenzó en 1995, con gobierno del PSOE, y el último de ellos se firmó en 2001, con gobierno del PP.

La razón invocada para la firma de esos convenios, demandados todos ellos por la patronal farmacéutica, ha sido en todos los casos, tomando de manera literal las expresiones utilizadas en el de 2001, que *“ambas partes estiman imprescindible compatibilizar un crecimiento del gasto farmacéutico público que sea asumible por los presupuestos públicos, con el desarrollo industrial y tecnológico de un sector que,*

como el de la industria farmacéutica, tiene gran importancia para la economía nacional y para la atención sanitaria de la población". Términos que, de una u otra forma, resultarán con seguridad reproducidos si se alcanza ahora la firma de un nuevo convenio.

Se trata, en consecuencia, de un mecanismo de orientación económica exclusiva y de potenciación de la industria sectorial, a la que se pretende favorecer de manera expresa, sin considerar los esfuerzos simultáneos de reducción del gasto público que se exigen desde los mismos ministerios económicos al SNS. Lo que conlleva que esos esfuerzos reductores se deban necesariamente dirigir a otras áreas de gasto, en forma de reducción de plantillas, o reducción de otras prestaciones o consumos, cuyas prestaciones y calidad de la atención se verán sin duda afectadas, como de hecho ya ha empezado a ocurrir.

El cambio que se debería producir en este caso sería limitar o impedir mediante norma legal la posibilidad de pactos de esta naturaleza en el futuro, y de manera añadida impedir que en la firma de los mismos se excluyese la participación del ministerio sanitario que en esos pactos ocupa sólo un papel pasivo, obligándole a efectuar un gasto que, a la vez, se ve obligado a reducir.

3.2.4. Modificación de las normas que regulan la apertura y el funcionamiento de las oficinas de farmacia.

En el apartado 2.2 de este capítulo se ha hecho una referencia amplia a la regulación actual de la propiedad de las oficinas de farmacia, que se sigue limitando a los farmacéuticos titulados, de manera individual.

Se han comentado allí también dos efectos que, al menos, se derivan de esa situación:

- de un lado, la influencia que la misma tiene en la tendencia al aumento del gasto público en recetas, como resultado de la forma de regulación homogénea para todas ellas de los márgenes de las oficinas de farmacia, la imposibilidad establecida legalmente de efectuar descuentos en las facturación al SNS, e incluso la gestión de ésta al SNS por los colegios de farmacéuticos, que concede a éstos una capacidad económica y legal de enfrentamiento con el Sistema que resulta en detrimento de los intereses generales que corresponde defender a éste.
- de otro, la imposibilidad de mantener el modelo en la misma situación, por la imposibilidad económica que afecta a las farmacias de menor tamaño y situación en

el ámbito rural o en las periferias de las ciudades, de mantener unos niveles de facturación y rentabilidad mínimos que les permita mantener su situación. Esas dificultades, especialmente manifiestas en los últimos años, no son sólo el resultado de la reducción de la facturación que ha tenido lugar como consecuencia de la crisis económica, las medidas más recientes adoptadas en relación con ésta, y los retrasos en los pagos de los servicios de salud, que, en todo caso han agravado la situación. Son también la consecuencia de muchas de las políticas, entre ellas la aplicación de precios de referencia o el aumento, aún limitado, de la prescripción de genéricos, que se han ido adoptando como instrumentos para reducir el gasto farmacéutico.

El mantenimiento a ultranza de esa situación, que sigue utilizando como excusa las supuestas ventajas derivadas de la distribución hasta los lugares más recónditos de las oficinas de farmacia más pequeñas, cuyo mantenimiento resulta, como se ha indicado, insostenible, sólo sigue ofreciendo ventajas para las oficinas de farmacia más grandes y mejor situadas, cuyos propietarios resultan beneficiarios exclusivos de las políticas que se siguen defendiendo desde la organización corporativa farmacéutica.

La ruptura de esa situación, mediante la liberalización de la apertura de las oficinas de farmacia, desvinculando la titulación de farmacéutico de la exclusividad en la propiedad individual de las oficinas de farmacia, es exigida también de manera persistente como instrumento para la mejora de la eficiencia del gasto farmacéutico desde la Unión Europea, pese a que se haya reconocido por los tribunales de justicia europeos que el “modelo” existente en España no es incompatible con la regulación europea de esa cuestión concreta.

La modificación de la regulación de estas cuestiones debería abrir a la vez varias vías distintas de solución:

-en primer lugar, romper el vínculo entre la posesión del título de farmacéutico y la propiedad de una oficina de farmacia, permitiendo la apertura de oficinas de farmacia a propietarios individuales o societarios, incluidas las cadenas de distribución que pudieran estar interesadas en ese negocio en España, siempre que se garantice la presencia de un farmacéutico durante la dispensación.

-en segundo lugar, romper la extensión del convenio con el SNS a todas las oficinas de farmacia, en especial en las grandes ciudades, abriendo la posibilidad de establecer convenios con un número limitado de ellas y la de negociar descuentos con las mismas en su facturación al SNS. Mediante norma legal se debe también impedir

la posibilidad de que la corporación farmacéutica, cuyas funciones deben cambiar con arreglo a lo señalado en el capítulo quinto de este informe, actúe como entidad gestora de la facturación de las oficinas de farmacia.

-en tercer lugar, que se pueda llevar a cabo la dispensación de productos farmacéuticos por los centros de distinto nivel de atención propios del SNS.

3.2.5. Creación de una agencia de evaluación del SNS.

La recomendación de crear una agencia de evaluación de tecnologías, incluidos los medicamentos, que pudiera desempeñar en España un papel semejante al del NICE en el sistema sanitario británico, es un leit-motiv recurrente en numerosos informes relativos a la importancia de intervenir en la evaluación de las tecnologías que se utilizan por el SNS (173; 174; 175; 176).

Reiterar esa recomendación es, sin embargo, una actuación banal si la misma no se acompaña de una valoración de las circunstancias que hacen difícil su aplicación en nuestro país, y la recomendación añadida de las vías que se pueden seguir para sortear las dificultades para la constitución aquí de una agencia de evaluación similar al NICE.

Tales dificultades corresponden a dos terrenos distintos:

- el primero de ellos, la naturaleza del estado autonómico, y dentro del mismo la situación de los servicios públicos de salud, cuya gestión, como se ha analizado en el capítulo segundo de este mismo informe, se ha descentralizado por completo desde hace más de diez años.

De resultados de la descentralización de la gestión sanitaria se han derivado dos consecuencias distintas: la primera, la constitución de agencias de evaluación independientes por parte de hasta 7 CCAA (177). La segunda, que pese a los esfuerzos realizados por coordinar el funcionamiento de las mismas, esfuerzos que se han llevado a cabo desde el ámbito de la Comisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial, las agencias de evaluación autonómicas existentes, a las que se une una agencia de evaluación “central” en el ámbito del Instituto de Salud Carlos III, siguen manteniendo un funcionamiento esencialmente independiente, al servicio de los criterios y políticas marcados desde el ámbito autonómico o central respectivo, con escasa capacidad de influencia sobre el conjunto del SNS.

- el segundo problema es la capacidad técnica reducida de la que las agencias central y autonómicas constituidas de la manera indicada disponen.

Algunos análisis realizados por distintas agencias de las mencionadas han permitido observar que la calidad de los informes realizados en muchos casos carecen de la capacidad de proyección al uso real de las tecnologías, en forma de recomendaciones concretas y pautas de actuación precisas, que sería necesario tuvieran para que las mismas resultasen aplicables por el conjunto del SNS (178).

El denominador común de esas dos condiciones es la ausencia de decisión política por parte de los dos partidos que hasta ahora han sido responsables del gobierno de la nación por dotar de un interés prioritario al desarrollo de estas políticas de evaluación de tecnologías y, en relación con ello, la carencia de instrumentos para poder imponer a todas las CCAA los criterios de utilización de las distintas tecnologías sanitarias que se pudieran derivar de las recomendaciones de una agencia de evaluación constituida de manera adecuada.

Por el contrario, se puede constatar que en nuestro país existen profesionales con capacidad acreditada para llevar a cabo esas funciones si se les colocara en una situación adecuada para ello.

Desde el punto de vista de la constitución de una agencia de esas características, en el capítulo segundo de este informe se ha mencionado ya la recomendación de constituir un nuevo órgano de gobierno del SNS, entre cuyas funciones se debería encontrar la coordinación y la puesta en relación entre sí de las actuaciones desarrolladas por órganos específicos, entre ellos una agencia de evaluación de tecnologías como la que se propone aquí. La definición de la forma jurídica que pudiera adoptar ese órgano, que debería en todo caso sustituir a la agencia que existe bajo la dependencia del Instituto de Salud Carlos III excede las posibilidades de definición de un trabajo como éste, lo mismo que las relaciones que debería mantener el mismo con las agencias autonómicas, si por las CCAA se quisieran mantener éstas con cargo a sus propios fondos, en términos funcionales, incluyendo la posibilidad de llevar a cabo encargos concretos bajo fórmulas contractuales adecuadas. En todo caso, en la constitución de ese nuevo órgano se debería incluir la posibilidad de incorporar al mismo personal procedente de las plantillas de personal correspondiente de las CCAA.

En cuanto a la aplicación de las recomendaciones de una agencia de evaluación adecuadamente constituida, la constitución de la misma en el ámbito y al servicio del nuevo órgano de gobierno del Sistema que se propone, garantizaría la aplicación de las mismas conforme al criterio de éste. Para ello, ese nuevo órgano de gobierno, como se propone en el capítulo tercero de este informe, debería disponer de alguna partida de financiación de utilización discrecional por su parte que permitiera hacer obligatorio por parte de las CCAA el seguimiento de las recomendaciones en el uso de las tecnologías que se hubiera recomendado, en su caso, por la agencia de evaluación, que hubieran sido asumidas por ese órgano de gobierno del sistema.

3.2.6. Constitución de una Central de Compras del SNS.

La constitución de ésta se encuentra en la misma situación que la de la constitución de una agencia de evaluación eficaz y efectiva, y afronta los mismos problemas que se han mencionado para hacer efectiva la realización de ésta.

En el artículo 47 de la LGS, relativo a la creación del Consejo Interterritorial del SNS se hacía ya mención a que éste “*coordinará, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios, y de otros bienes y servicios...*”. El desarrollo posterior de esta norma, y el del propio CISNS, no llevó, sin embargo, a la constitución de una central de compras, ni siquiera a la coordinación de esas políticas, sino, por el contrario, a su descentralización y fragmentación progresiva, que ha llegado a alcanzar dentro de las CCAA el nivel de los propios centros, en especial los hospitales.

El efecto evidente de la fragmentación hasta ese nivel de esas políticas ha sido el aumento global del gasto, frente a algunas ventajas en determinados productos obtenidas por algunas CCAA y centros concretos, derivadas de la relación directa con los proveedores por parte de unas y otros, en una situación de ventaja por parte de los proveedores, que son capaces de adaptar sus ofertas a las condiciones diferenciales de las que pueden obtener un beneficio global mayor. Por otra parte, el aumento global del gasto se ha debido por un lado a las políticas de precios aplicadas por los proveedores en esas condiciones de compra descentralizada y diferenciada y, de otro, a la multiplicación, en muchos casos innecesaria e inadecuada, de la dotación

tecnológica de nuestro país, a la que se ha aludido en apartados anteriores, en la que ha derivado esa misma forma de contratación.

El reconocimiento progresivo de esa situación ha provocado movimientos por parte varias CCAA para centralizar a nivel autonómico las compras, siguiendo pautas que, como se ha comentado en un apartado anterior, han sido establecidas incluso de manera más precoz por algunas de las cadenas privadas de atención, como la empresa Ribera Salud, que gestionan varios hospitales públicos de gestión (y todavía propiedad) privada o de gestión y propiedad netamente privadas, como IDC. Por el contrario, otras CCAA mantienen niveles sub-autonómicos de descentralización de las compras.

De otro lado, por parte de las CCAA se mantienen todas las reticencias para hacer posible una central de compras. La primera previsión de la misma se hizo en el artículo 13 del Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptaron medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, sin que la previsión de tal posibilidad se siguiera de un desarrollo efectivo posterior. Por su parte, la disposición adicional septuagésimo segunda de la ley 17/2012, de Presupuestos Generales del Estado para 2013, previó la creación de una central de compras estatal, a la que se invitaba a las CCAA a adherirse, para garantizar el pago a los proveedores, en el contexto de una operación dirigida a proporcionar fondos adicionales a las CCAA con ese fin.

Como se ha indicado en el capítulo tercero de este informe, de las cuatro comunidades (Andalucía, Comunidad Valenciana, Madrid y Castilla-León) que acumulaban más de la mitad de las deudas a laboratorios farmacéuticos y empresas de tecnología sanitaria en aquel momento, sólo Madrid se adscribió inicialmente a la plataforma estatal, comprometiéndose a utilizarla sólo en los casos en que a través de ella lograrse precios más bajos que los que obtuviera de los proveedores de manera individual. Como consecuencia del rechazo mayoritario, y después de numerosas negociaciones, la plataforma no llegó a constituirse salvo para la compra de vacunas. La mayoría de las CCAA prefirió seguir manteniendo sus propias relaciones con los proveedores, a través o no de centrales de compras autonómicas o provinciales, dando preferencia a los pagos a los proveedores que consideren más conformes a sus propios intereses, y generando nuevas deudas, de cuantía no controlada, con otros.

La evolución citada justifica que la implantación de un sistema general de compras para todo el Sistema y para toda clase de productos precisa de alguna clase de

incentivo o estímulo que permita superar las barreras de los intereses que existen por parte de todas las CCAA para mantener sus propios sistemas de compras, con efectos económicos dudosos para la mayor parte de ellas, pero en todo caso generadores de mayores niveles de gasto para el conjunto del SNS.

El mecanismo más efectivo, y quizás el único real, para hacer posible a la puesta en marcha de un mecanismo centralizado de compras debe ser de carácter económico. Como en el caso de la constitución y efectividad de una agencia de evaluación de tecnologías, el mecanismo incentivador debería vincularse al reparto condicionado de una parte de la financiación sanitaria por el órgano de dirección del SNS que se propone crear, de manera que si alguna CA no se vinculase al sistema central de compras sufriera alguna clase de penalización económica. Esa penalización se podría fijar en forma de limitación de la aportación dirigida a financiar la compra de los productos si la facturación de ésta por alguna CA superase el gasto que se derivaría de la aplicación de las condiciones aplicadas a las compras de los mismos productos a través del sistema centralizado de compras.

Por otra parte, la constitución de la central de compras permitiría utilizar de manera común algunos mecanismos que han sido utilizados por algunas CCAA de manera individual para conseguir rebajas parciales en determinados productos. El mejor ejemplo de esas prácticas que todavía permanece es el de las subasta para el suministro de determinados medicamentos, que viene siendo utilizado de manera reiterada por la CA andaluza, pese a los recursos presentados por las empresas farmacéuticas, y por el propio gobierno central actual.

3.2.7. Modificación de los copagos aplicados desde 2012 para el acceso a la prestación farmacéutica en el SNS.

La elevación de los copagos que tuvo lugar en julio de 2012 en aplicación de lo previsto en el RD-Ley 16/2012 tuvo como efecto principal, conforme a los análisis realizados en los apartados previos, una reducción sustancial del gasto en recetas, como consecuencia principalmente de la reducción del número de recetas dispensadas.

Se ha mencionado también que no se dispone de estudios conocidos sobre los grupos terapéuticos en los que se habría reducido de manera más importante el consumo, lo que podría permitir valorar si la reducción ha afectado al consumo de medicamentos necesarios para el tratamiento de patologías crónicas o, por el contrario, la reducción

del consumo ha afectado ante todo a otro tipo de medicamentos destinado a patologías agudas (la reducción del consumo ambulatorio de determinados antibióticos de generación más reciente utilizados para el tratamiento de patologías banales podría considerarse incluso como un efecto beneficioso). Tampoco se conoce a qué grupos de edad o situación social ha afectado principalmente la restricción del consumo, si ésta se ha producido. Tampoco si la reducción del gasto se ha hecho principalmente a expensas del aumento de la aportación privada, o se ha acompañado realmente de una reducción del consumo de determinados productos, y cuáles han sido éstos. Pese a una abundante casuística puntual de situaciones concretas, la ausencia de datos globales no permite evaluar adecuadamente los efectos de los copago elevados, al margen de la reducción del gasto público que ha tenido lugar.

Por otra parte, se ha mencionado también que desde el punto de vista de la equidad, ha venido siendo una característica sostenida del gasto público en recetas del SNS que la proporción del mismo respecto al gasto público sanitario total ha venido representando una proporción mayor que la que las mismas partidas de gasto representan en otros países, en detrimento de otras partidas esenciales para el buen funcionamiento, y la mayor prestación sanitaria global por parte del SNS. Conseguida la reducción de esa proporción, que ahora está situada en los niveles de otros países comparables, actuar suprimiendo sin más la elevación de los copagos farmacéuticos producida en julio de 2012 de manera que se pudiera inducir la vuelta a la situación anterior, aumentando la proporción del gasto en recetas, sin tener en cuenta otras actuaciones complementarias que se pudieran desarrollar, no parece lo más recomendable.

Por último, la situación de los copagos previa a julio de 2012 reunía por sí misma muchos aspectos discutibles: excluir de los copagos a todos los pensionistas de cualquier tipo fuera cual fuese el nivel de su pensión, mientras se mantenían a nivel del 40% de PVP los copagos aplicados a cualquier trabajador, cualquiera que fuese su nivel retributivo y de renta, era por sí misma una situación contradictoria, a cuyo cambio, sin embargo, han sido remisos todos los gobiernos, por las reacciones que podría provocar su modificación. El mejor ejemplo son las reacciones suscitadas por el informe Abril al plantear esta cuestión, que hipotecaron la toma en consideración de otros aspectos del propio informe. Mantener niveles de copago distintos para unos y otros grupos de población en determinados regímenes diferenciados de cobertura, como los gestionados por las mutualidades de funcionarios, sobre las que se propone

en este mismo informe su integración a todos los efectos en el sistema público general, es otra de las anomalías de la situación anterior.

Por todas esas razones, la alternativa más adecuada a la mera supresión de la elevación de los copagos en 2012 en el SNS parece una reconsideración en profundidad de los copagos farmacéuticos, cuya supresión completa no cabe en ningún caso, y previos los estudios que permitan valorar desde distintos puntos de vista los efectos de aquella elevación, a la búsqueda de criterios de mayor equidad, en función de criterios sanitarios y sociales, en su distribución.

3.2.8. Medidas a reducir la influencia de la industria farmacéutica y otras tecnológicas sobre los profesionales, cargos y altos cargos del SNS.

Que estas influencias se dan también en España al igual que ocurre en todos los países, y que los mecanismos de influencia y sus efectos son también similares, no precisa de demostración añadida.

Contrarrestar esa influencia, que por distintas vías contribuye a elevar el gasto público farmacéutico y en otras tecnologías, requiere que se adopten aquí medidas similares a las que se están adoptando en otros países. En función de los grupos a los que afectan distintos mecanismos de influencia se proponen las siguientes medidas:

a) En el caso de los médicos.

- Publicación en 2016 de los pagos y ayudas de distinta naturaleza, incluidas las ayudas para asistir a cursos de formación y congresos hechos a cada médico en activo, tanto en el ámbito público como en el privado, durante 2014 por cada uno de los laboratorios farmacéuticos que operan en nuestro país, con especificación de las razones que han motivado los mismos, y repetición de esa medida en años sucesivos.

La medida se ha aplicado ya en los Estados Unidos, con algunas limitaciones el 1 de octubre de 2014 para los pagos efectuados en 2013, y está prevista su repetición regular a partir del año próximo.

La Unión Europea tiene prevista una medida similar para comenzar a aplicar a partir de mediados de 2015, pero la aplicación de la medida aquí no debería quedar a expensas de cómo evolucione la aplicación de la misma a nivel europeo.

- Requerimiento a los laboratorios farmacéuticos que operan en España de la relación de personal médico que mantiene relaciones contractuales de cualquier tipo con los laboratorios farmacéuticos, y aplicación estricta de las normas sobre

incompatibilidades al personal que mantenga a la vez cualquier clase de relación para la prestación de servicios en el SNS.

- Publicación de los pagos y ayudas de cualquier naturaleza proporcionadas por los laboratorios y otras empresas tecnológicas a las sociedades científicas para el desarrollo de sus actividades.

-A la vista de las observaciones realizadas a partir de la publicación de los datos mencionados, previsión, en su caso, de una norma que impida que la formación continuada del personal quede directamente en manos de los proveedores del SNS.

b) En relación con los cargos del SNS y altos cargos de las distintas administraciones públicas que tienen relaciones de distinta naturaleza con las empresas farmacéuticas y tecnológicas.

La observación principal en este sentido es la abundancia de cargos sanitarios de distinto nivel de las administraciones central y autonómicas que ocupan en la actualidad cargos de relevancia en la industria farmacéutica, en especial en los departamentos de relaciones institucionales o de denominación similar de distintas empresas, o cargos directivos en la patronal farmacéutica, Farmaindustria, desde los que su función principal es también la relación en esta materia con la administración central o las autonómicas. La relación se extiende a algunos ex altos cargos en los ministerios, principalmente el de Industria, algunos de cuyos departamentos tienen relación con la promoción y el desarrollo de las empresas farmacéuticas.

La abundancia de situaciones como las descritas, y la influencia que las mismas tienen sin duda en la regulación y las relaciones de las administraciones públicas con la industria farmacéutica obligan a considerar si la regulación general de las incompatibilidades establecidas tanto para el personal funcionario como para los altos cargos resultan suficientes para evitar en este caso los efectos de “puertas giratorias”, y sus consecuencias, que se pretenden evitar con ellas. Una cuestión que tiene una especial importancia en relación con un sector cuya capacidad de influencia sobre los reguladores se ha descrito ampliamente en apartados previos, y que es además el determinante principal del crecimiento del gasto sanitario en todas partes, hasta llegar a poner en cuestión en muchos países la sostenibilidad de sus sistemas sanitarios.

Todo ello justifica que una nueva regulación añadida de la incompatibilidad del desempeño de cargos de distinto nivel en las administraciones españolas y en la

industria farmacéutica debiera ser objeto de consideración específica, sin esperar a otras variaciones que se pudieran plantear en la regulación general de estas materias.

Una forma que podría adquirir esa nueva regulación podría ser la ampliación del plazo general de dos años establecido para que sea posible la incorporación a cualquier clase de actividad o cargo en el sector privado que tenga relación con las funciones desempeñadas en cargos de distinto nivel en el sector público, extendiendo ese plazo con carácter específico para el caso del sector farmacéutico a un plazo mínimo de cinco años. Esa ampliación del plazo citado podría establecerse mediante una ley sanitaria de carácter más general, o en una norma específica del rango suficiente dictada para regular esta cuestión concreta.

c) En el caso de la actividades de investigación patrocinadas por o relacionadas con las empresas farmacéuticas y/o tecnológicas.

Uno de los principales mecanismos de influencia sobre los médicos promovidos por la industria farmacéutica es el encargo del desarrollo de ensayos clínicos, necesarios o no para la comercialización de los productos farmacéuticos, o para realizar estudios de efectos promocionales, a los médicos del SNS, en especial, pero no de manera exclusiva, a quienes tienen actividad hospitalaria.

Dejando al margen las cuestiones relacionadas con el consentimiento de los pacientes que participan en los ensayos, que es objeto de una regulación específica, un problema principal de la realización de esos ensayos es que la relación contractual entre el laboratorio o empresa promotora del ensayo para la realización de éste se establece de manera directa con el médico que actúa como investigador principal o jefe del proyecto, y que si interviene en la misma de una u otra manera el centro en el que se pretende desarrollar el estudio, esa intervención se hace a través de formas de organización, las llamadas “fundaciones de investigación”, constituidas con ese estatuto al margen de la propia organización y gestión de los centros, con el objetivo de hacer posible una mayor flexibilidad en el desarrollo y el control del proyecto, y en especial de las retribuciones percibidas como consecuencia del mismo.

La constitución de esas “fundaciones” comenzó a mediados de los años 90. El resultado de su funcionamiento es que, en muchos casos, a partir de las mismas se ha constituido una organización paralela a la del propio hospital, que, a criterio de cada investigador, incluye en ocasiones, como ejemplos extremos, la contratación de personal que actúa en el propio centro pero carece de relación contractual con el

mismo; mientras que en otros casos la financiación recibida por el investigador principal, que a su vez tiene plaza en el centro correspondiente, puede incrementar sin ningún control sus retribuciones, o reducir su propia dedicación a su labor asistencial, lo que puede crear problemas con otro personal de los mismos servicios que está al margen de la labor investigadora concreta. En otros casos la financiación de la investigación permite desarrollar actividades de dudosa legalidad, o no incluidas en las prestaciones sanitarias catalogadas, que no podrían llevarse a cabo con la financiación ordinaria de los centros.

La extensión de esas situaciones diversas ha alcanzado un grado en el que parece precisa una regulación general que normalice el funcionamiento de la investigación en los centros, y ponga en cuestión el funcionamiento anárquico del conjunto de las fundaciones de investigación constituidas en centros públicos, disolviendo si es necesario las existentes, y constituyendo las mismas de manera controlada y homogénea.

3.2.9. Medidas orientadas a complementar la financiación orientada a facilitar y promover el acceso igualitario a la innovación.

En el capítulo tercero de este informe, el relativo a la financiación, se han planteado ya de manera los problemas financieros para todos los sistemas públicos que generan los nuevos medicamentos desarrollados con biotecnologías, en especial algunos de ellos, cuyos precios elevados, en especial si los mismos se asocian con la posibilidad de un uso masivo de ellos, puede poner en cuestión la sostenibilidad de todos esos sistemas.

Además de conseguir, con éxito relativo, la rebaja de los precios inicialmente aplicados a algunos de los medicamentos citados, como es el caso del Sovaldi para el tratamiento de la hepatitis C, la reacción del sistema sanitario español en ese caso concreto, tomando el ejemplo de algunos casos en los que se había actuado de la misma manera en el uso de otros antiretrovirales de menor eficacia, ha sido la de restringir la utilización del producto a casos delimitados conforme a una estrategia terapéutica adoptada para priorizar su uso en el SNS. La estrategia, que fue adoptada por la Comisión Permanente del Consejo Interterritorial en los primeros días de diciembre, se prevé revisar cada seis meses, y pretende mantener el gasto en este medicamento en concreto dentro de unos límites presupuestarios previamente fijados

Las demoras en el suministro del medicamento en algunos casos concretos y la demanda de ampliar las pautas de uso a grupos más amplios de pacientes, ha generado diferentes protestas por parte de grupos de pacientes afectados y sus familias, que han encontrado amplio eco en los medios de comunicación, cuyos efectos se deben seguir en el futuro.

La posible multiplicación de productos de esta naturaleza para distintas patologías que alcancen el mercado en los próximos meses, con los efectos económicos potenciales señalados aconsejan que, además de promover acciones conjuntas con otros estados para fijar el precio de los nuevos productos en niveles más bajos, se pudiera también plantear la posibilidad de utilizar mecanismos de financiación específicos para estos nuevos productos mediante algunos de los mecanismos de financiación específicos que se han planteado en el capítulo tercero de este informe. Se trataría con ello de combinar el rechazo a formas de financiación contrarias a la equidad, que pudieran restringir el uso de estos productos conforme a la capacidad económica de quienes los precisen, con la modulación de su demanda conforme a criterios de financiación aceptados de manera expresa por el conjunto de la población que debe financiarlos.

4. Propuestas

1.- Modificar la regulación de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos con el fin de separar la fijación del precio industrial "máximo" de la capacidad de negociación del precio aplicado a su utilización por el Sistema Nacional de Salud.

A esos efectos, establecer mediante ley la obligación de hacer pública de forma accesible por todas las partes interesadas el precio fijado para cada nuevo medicamento, y los criterios sanitarios y no sanitarios, incluidas las valoraciones de su coste-efectividad e impacto presupuestario, utilizados para su fijación.

2.- Establecer mediante ley la prohibición a las administraciones públicas de llegar a acuerdos con la industria farmacéutica que comporten el establecimiento de cualquier clase de compromiso de gasto por parte del SNS.

3.- Crear una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del SNS, y una central de compras del Sistema, bajo la dependencia del órgano de gobierno del SNS propuesto en el capítulo segundo de este informe, y vincular la participación de las CCAA en los mismos y el compromiso con las indicaciones realizadas en ambos casos mediante el condicionamiento de una parte de la financiación sanitaria, conforme a los criterios del órgano de gobierno del SNS mencionado.

4.- Reconsiderar en profundidad los copagos farmacéuticos previos al Real Decreto-Ley 16/2012, y la elevación de los mismos llevada a cabo por la norma citada, proponiendo una distribución de los copagos en función de criterios sanitarios y sociales que contribuya a evitar la elevación del gasto proporcional en recetas en relación con el gasto público sanitario total por encima del nivel que ahora tiene. En el mismo terreno, homologación y aplicación de los mismos criterios de copago renovados a la población cubierta de todos los regímenes de protección sanitaria pública existentes, que, conforme a lo propuesto en el capítulo primero de este informe, se deben integrar en un único sistema de protección.

5.- Reducir la influencia de las industrias farmacéuticas y tecnológicas sobre los profesionales, cargos y altos cargos del SNS y de otros departamentos y administraciones públicas mediante las siguientes medidas:

5.1.- En el caso de los médicos:

- publicar en 2016 en un medio que permita la consulta pública de los pagos y ayudas de distinta naturaleza, incluidas las ayudas para asistir a cursos de formación, congresos y conferencias hechos a cada médico en activo, tanto en el ámbito público como en el privado, durante 2014 por cada uno de los laboratorios farmacéuticos que operan en nuestro país, con especificación de las razones que han motivado los mismos, y repetición de esa medida en años sucesivos.

- crear una oficina de información farmacéutica del SNS, que mantenga actualizado con medios y actividades eficaces el conocimiento farmacológico de los médicos sin necesidad, y evitando de manera expresa, la intervención de la industria farmacéutica en su desarrollo.

5.2.- En relación con los cargos del SNS y altos cargos de las distintas administraciones públicas que tienen relaciones de distinta naturaleza con las empresas farmacéuticas y tecnológicas:

-ampliación del plazo general de dos años establecido para que sea posible la incorporación a cualquier clase de actividad o cargo en el sector privado que tenga relación con las funciones desempeñadas en cargos de distinto nivel en el sector público, extendiendo ese plazo con carácter específico para el caso del sector farmacéutico a un plazo mínimo de cinco años.

5.3.- En el caso de las actividades de investigación patrocinadas por o relacionadas con las empresas farmacéuticas y/o tecnológicas:

- establecer una regulación básica de carácter y aplicación general a los centros públicos que normalice el funcionamiento de la investigación en los centros, y ponga en cuestión el funcionamiento anárquico del conjunto de las fundaciones de investigación constituidas en aquéllos, disolviendo si es necesario las existentes, y constituyendo las mismas de manera controlada y homogénea.

6.- Modificar las normas que regulan la vinculación entre la titulación farmacéutica y la propiedad de la oficina de farmacia de forma que la nueva regulación permita:

6.1.-la apertura de oficinas de farmacia a propietarios individuales o societarios, incluidas las cadenas de distribución general o farmacéutica que estén interesadas en ese negocio en España, siempre que se garantice la presencia de un farmacéutico durante la dispensación.

6.2.-romper la extensión del convenio con el SNS para la dispensación de medicamentos a todas las oficinas de farmacia, en especial en las grandes ciudades, e impedir por norma legal la posibilidad de que la corporación farmacéutica actúe como entidad gestora de la facturación de las oficinas de farmacia al SNS.

6.3.-llevar a cabo la dispensación de productos farmacéuticos por los centros de distinto nivel del SNS.

7.- Medidas orientadas a complementar la financiación dirigida a facilitar y promover la innovación.

- plantear la posibilidad de utilizar mecanismos de financiación específicos para nuevos productos mediante algunos de los mecanismos de financiación específicos que se han planteado en el capítulo tercero de este informe a esos mismos efectos.

5. Bibliografía del capítulo.

- 1.- Hagist C Kotlikoff LJ. *Who's going broke?. Comparing healthcare costs in ten OECD countries*. NBER Working Paper No. 11833, 2005. Accesible en: <http://www.nber.org/papers/w11833> .
- 2.- Cendrowicz L. *Big Pharma Faces Crackdown in Europe*. Time, Friday Nov. 28 2008. Accesible en: <http://content.time.com/time/world/article/0,8599,1862791,00.html> .
- 3.- Jayadev A, Stiglitz J. *Two ideas to increase innovation and reduce pharmaceutical costs and prices*. Health Affairs, 2009; 28(1): w165-168. Accesible en: <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/w165.full> .
- 4.- Hari J. *The horrifying hidden story behind drug company profits*. August 4, 2009. Accesible en : www.huffingtonpost.com/johann-hari/the-horrifying-hidden-story-behind-drug-company-profits .
- 5.- Kinch MS, Haynesworth A, Kinch SL, Hoyer D. *An overview of FDA-approved new molecular entities: 1827–2013*. Drug Discovery Today, 2014; 19(8): 1033-1039. Accesible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359644614001032>
- 6.- Harris G. (2009). *Where Cancer progress is rare, one man says no*. NYTimes. Money&Policy . September 15, 2009. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2009/09/16/health/policy/16cancer.html?pagewanted=all&r=0> .
- 7.- Cha M, Yu F. *Pharma's first-to-market advantage*. McKinsey&Company, September 2014. Accesible en: http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/pharmas_first_to_market_advantage .
- 8.- Editorial NYTimes. *Price Gouging on Cancer Drugs?*. NYTimes, February 17 2006. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2006/02/17/opinion/17fri3.html> .
- 9.- Berenson A. *A Cancer Drug Shows Promise, at a Price That Many Can't Pay*. NYTimes, February 15, 2006. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2006/02/15/business/15drug.html?pagewanted=all> .

- 10.- Roy A. *The Sovaldi Tax: Gilead Can't Justify The Price It's Asking For Hepatitis C Therapy*. Forbes, 17 October 2014. Accesible en:
<http://www.forbes.com/sites/theapothecary/2014/06/17/the-sovaldi-tax-gilead-cant-justify-the-price-its-asking-americans-to-pay/> .
- 11.-Pollack A. *Health Insurers pressing down on drug prices*. NY Times, 20 June 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/06/21/business/health-plans-bring-pressure-to-bear-on-drug-prices.html> .
- 12.- Garver R. *Senate Zeroes in on Inflated Hepatitis-C Drug Cost*. The Fiscal Times, 13 July 2014. Accesible en:
<http://www.thefiscaltimes.com/Articles/2014/07/13/Senate-Zeroes-Inflated-Hepatitis-C-Drug-Cost> .
- 13.- Chen C. *U.S. Senators Ask Gilead to Explain \$84,000 Hep C Drug Price*. Bloomberg, 11 July 2014. Accesible en:
<http://www.bloomberg.com/news/articles/2014-07-11/u-s-senators-ask-gilead-to-explain-84-000-hep-c-drug-pricing> .
- 14.- Harris G. *Maker of Costly Hepatitis C Drug Sovaldi Strikes Deal on Generics for Poor Countries*. NY Times, September 15 2014. Accesible en:
<http://www.nytimes.com/2014/09/16/business/international/maker-of-hepatitis-c-drug-strikes-deal-on-generics-for-poor-countries.html> .
- 15.- Mezher M. *In Major Decision, India Rejects Patent on Gilead's Hepatitis C Drug Sovaldi*. Regulatory Affairs Professionals Society, 15 January 2015. Accesible en:
<http://www.raps.org/Regulatory-Focus/News/2015/01/15/21090/In-Major-Decision-India-Rejects-Patent-on-Gileads-Hepatitis-C-Drug-Sovaldi/> .
- 16.- Sanger-Katz M. *Why the Price of Sovaldi Is a Shock to the System*. NY Times, The Upshot, 6 August 2014. Accesible en:
<http://www.nytimes.com/2014/08/07/upshot/why-the-price-of-sovaldi-is-a-shock-to-the-system.html?abt=0002&abg=0> .
- 17.- Marín M, Sevillano EG. *Hipotecado para curarse la hepatitis*. El País, 22 septiembre 2014. Accesible en:
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/22/actualidad/1411412885_093155.html .
- 18.- Millman J. *Q&A: The new \$84,000 hepatitis C drug*. Washington Post, 26 July 2014. Accesible en:
<http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2014/07/25/qa-the-new-84000-hepatitis-c-drug/> .

- 19.- Chatterjee A, King J, Kubendran S, DeVol R. *Healthy Savings: Medical Technology and the Economic Burden of Disease*. Milken Institute, 17 July 2014. Accesible en: <http://www.milkeninstitute.org/publications/view/653> .
- 20.- Kinch MS, Patridge E, Plummer M, Hoyer D. *An analysis of FDA-approved drugs for infectious disease: antibacterial agents*. *Drug Discovery Today*, september 2014; 19(9): 1283-1287. Accesible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359644614002761> .
- 21.- Porter E. *A Dearth in Innovation for Key Drugs*. NY Times, 22 July 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/07/23/business/a-dearth-of-investment-in-much-needed-drugs.html> .
- 22.- Mintzberg H. *Patent nonsense: Evidence tells of an industry out of social control*. *CMAJ*, 2006; 175(4): 374. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1534100/> .
- 23.- Stiglitz JE. *Democracy in the Twenty-First Century*. Project Syndicate, September 1, 2014. Accesible en: <http://www.project-syndicate.org/commentary/joseph-e--stiglitz-blames-rising-inequality-on-an-ersatz-form-of-capitalism-that-benefits-only-the-rich> .
- 24.- Organización Médica Colegial de España (OMC). *Informe sobre el sector farmacéutico*. Madrid: OMC, octubre 2014. Accesible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_omc_sector_farmaceutico_oct_2014_1.pdf .
- 25.- Gómez C. *Fórmulas magistrales anticrisis*. *El País, Negocios*, 19 octubre 2014. Accesible en: http://economia.elpais.com/economia/2014/10/09/actualidad/1412873042_775998.html .
- 26.- WSJ Staff. *Glaxo, Novartis in Pharma Deal Frenzy*. *Wall Street Journal*, 22 April 2014. Accesible en: <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304279904579517024202855500> .
- 26'.- Meier, B. *Costs surge for medical devices, but benefits are opaque*. NY Times, Business, November 4, 2009. Accesible en: http://www.nytimes.com/2009/11/05/business/05device.html?pagewanted=all&_r=0

- 27.- Berdshisky L. *Pharma Mergers make sense*. Bloomberg , 22 april 2014. Accesible en: <http://www.bloombergtview.com/articles/2014-04-22/pharma-mergers-make-sense> .
- 28.- Falconi M, Plumridge H. *Deals reshape Novartis, Glaxo*. WSJ, 22 April 2014. Accesible en: <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304049904579516781336718684> .
- 29.- Fontgivell C. *Qué hay detrás de las fusiones en el sector farmacéutico*. Expansión, 10 mayo 2014. Accesible en: http://www.redfarmaceutica.com/noticia/default.cfm?str_action=mostrarNoticia&int_idNoticia=25831&int_idSeccion=2272&str_fechaNoticia=20140510 .
- 30.- Bray c, Thomas K. *Bayer deal to expand consumer business with Merck deal* . NY Times, May 6, 2014. Accesible en: http://dealbook.nytimes.com/2014/05/06/bayer-to-buy-mercks-consumer-care-business-for-14-2-billion/?_r=0 .
- 31.- Pozzi S. *La farmacéutica Abbott dobla su apuesta por América Latina*. El País, 17 mayo 2014. Accesible en: http://economia.elpais.com/economia/2014/05/16/actualidad/1400245756_656271.html .
- 32.- Cha M, Lorriman T. *Why pharma megamergers work*. McKinsey Inside&Publications, February 2014. Accesible en: http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/why_pharma_mega_mergers_work .
- 33.- Morgenson G. *Drug Merger Discussion Leaves Out a Key Risk*. NY Times, Business, June 12, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/06/13/business/a-drugs-risks-are-left-out-in-discussion-of-questcor-deal.html> .
- 34.- Loftus P, Falconi M, Plumridge H. *In Drug Mergers, There's One Sure Bet: The Layoffs*. WSJ, April 29, 2014. Accesible en: <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304393704579532141039817448> .
- 35.- Gottlieb S. *A Biotech Lesson for Big Pharma Mergers*. WSJ, April 20, 2014. Accesible en: <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702303380004579524360144917746> .
- 36.- Gelles D, Bray C. *US Drug Firms seek inversion deals to evade taxes*. NY Times July 14, 2014. Accesible en:

<http://dealbook.nytimes.com/2014/07/14/shire-and-abbvie-in-talks-over-53-billion-pharmaceutical-merger/> .

37.- Kutscher B. *Tax reform fears driving Big Pharma mergers*. Modern Healthcare, July 19, 2014. Accesible en:

<http://www.modernhealthcare.com/article/20140719/MAGAZINE/307199980> .

38.- Arco S. *Especializarse para no morir. La búsqueda de nichos terapéuticos, alternativa para los laboratorios españoles*. El País Negocios, 22 de marzo 2009, , p. 7. Accesible en:

http://elpais.com/diario/2009/03/22/negocio/1237731266_850215.html .

39.- Fontgivell C. *Grifols elevará sus ventas un 20% tras la compra de parte del negocio de diagnóstico de Novartis*. Expansión, 11 noviembre 2013. Accesible en:

<http://www.expansion.com/2013/11/11/catalunya/1384160374.html> .

40.- Cesar A, Ma P, Singh N, Smith J. *What's driving the surge in new-drug approvals?*. McKinsey, November 2013. Accesible en:

http://www.mckinsey.com/insights/public_sector/whats_driving_the_surge_in_new_drug_approvals .

41.- Moynihan R, Cassels A. *Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients*. New York: Nation Books, 2005.

42.- Moynihan R. *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Madrid, Terapias Verdes, 2006.

43.- Welch HG. *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Boston: Beacon Press, 2012.

44.- United States Department of Justice. *Novartis Pharmaceuticals Corp. to Pay More Than \$420 Million to Resolve Off-label Promotion and Kickback Allegations*. Washington, 2010 . Accesible en:

<http://www.justice.gov/opa/pr/novartis-pharmaceuticals-corp-pay-more-420-million-resolve-label-promotion-and-kickback> .

45.- McCarthy M. *League was based on consumer survey sponsored by drug industry*. BMJ 2012, 344: e3868. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3868> .

46.- Campbell et al. *Physician Professionalism and Changes in Physician-Industry Relationships From 2004 to 2009*. Arc. Intern. Med, 201; 170 (20): 1820-1827. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21059976> .

- 47.- Jack A. *Bring me sunshine: EU drug companies make payments to doctors public*. BMJ, 2013; 347: f4342. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f4342> .
- 48.- Mukherjee R. *Can India stop drug companies giving gifts to doctors?*. BMJ, 2013; 346: f2635. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2635> .
- 49.- Lenzer J. *Majority of panelists on controversial new cholesterol guideline have current or recent ties to drug manufacturers*. BMJ 2013;347:f6989. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6989> .
- 50.- Carreyrou J. *Surgeons Eyed Over Deal With Medical-Device Makers*. WSJ, July 23, 2013. Accesible en: <http://www.wsj.com/articles/SB10001424127887324263404578615971483271856>
- 51.- Götzsche P. *Deadly Medicines and Organised Crime: how big pharma has corrupted health care*. Hay edición española: *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Barcelona: Los libros del lince, 2014.
- 52.- Jarvies D, Coombes R, Stahl-Timmins W. *Open Payments goes live with pharma to doctor fee data: first analysis*. BMJ 2014; 349; g6003. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6003> .
- 53.- Thomas K, Armendariz A, Cohen S. *Detailing Financial Links of Doctors and Drug Makers*. NY Times, Sept 30, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/10/01/business/Database-of-payments-to-doctors-by-drug-and-medical-device-makers.html> .
- 54.- Ornstein C. *Another Government Website rollout that is found wanting*. NY Times, The Upshot. October 1, 2014. Accesible en: <http://www.nytimes.com/2014/10/02/upshot/another-government-website-rollout-that-is-found-wanting.html?abt=0002&abg=0> .
- 55.- Carlat D. *Exploring the link between industry payments to doctors and prescribing habits*. BMJ, 1 2014; 349: g6651. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6651> .
- 56.- McCarthy M. *US intends to publish drug company payments to doctors from October despite calls for delay*. BMJ 2014; 349:g5693. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g5693> .
- 57.- Ornstein C, Sagara E, Grochowski Jones R. *As Full Disclosure Nears, Doctors' Pay for Drug Talks Plummet*. Pro Publica, march 3, 2014. Accesible en:

<http://www.propublica.org/article/as-full-disclosure-nears-doctors-pay-for-drug-talks-plummets> .

58.- *EFPIA Disclosure Code*. June 2013. Accesible en:

<http://transparency.efpia.eu/the-efpia-code-2> .

59.- Moore TJ, Furberg CD. *The FDA's expedited drug innovation pathway*. JAMA 2012; 308(9); 869-870. Accesible en:

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1356361> .

60.- Editorial Board. *Approving and Suspending a Dangerous Drug*. NY Times, November 5, 2013. Accesible en:

<http://www.nytimes.com/2013/11/06/opinion/approving-and-suspending-a-dangerous-drug.html> .

61.- David E, Tramontin T y Zimmel R. *Pharmaceutical R&D: the road to positive returns*. Nature Reviews/ Drug Discovery,2009; 8 (August): 609-610. Accesible en:

<http://www.nature.com/nrd/journal/v8/n8/full/nrd2948.html> .

62.- Callahan D. *What Price Better Health?. Hazards of the research imperative*. Berkeley-Los Angeles: University of California Press, 2003.

63.- Callahan D. *Too much of a good thing: How splendid technologies can go wrong*. Hastings Center Report , 2003; 33 (2): 19-22. Accesible en:

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3528150?sid=21106303411023&uid=67&uid=62&uid=2&uid=16734920&uid=16776688&uid=3&uid=3737952> .

64.- Benito E. *“No creamos medicamentos para indios, sino para los que pueden pagarlo”*. El País, 24 enero 2014. Accesible en:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/23/actualidad/1390497913_508926.html .

65.- Gerson M. *Ethical choices surround a potential ebola vaccine*. Washington Post, October 6, 2014. Accesible en :

http://www.washingtonpost.com/opinions/michael-gerson-ethical-choices-surround-a-potential-ebola-vaccine/2014/10/06/47aad1e0-4d82-11e4-aa5e-7153e466a02d_story.html .

66.- Kremer M, Snyder CM. *Why is there no AIDS vaccine?* . Brookings Insitution, 2006. Accesible en:

<https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=why%20is%20there%20no%20aids%20vaccine%3f%20a%20new%20economic%20explanation> .

67.- Craddock S. *Market incentives, human lives, and AIDS vaccines*. Soc. Sci. Med. 2007; 64(5): 1042-1056. Accesible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17113203> .

68.- Gerson M. *The enduring benefits of vaccination*. *Washington Post*, May 1, 2014.

Accesible en:

http://www.washingtonpost.com/opinions/michael-gerson-the-enduring-benefits-of-vaccination/2014/05/01/30bc6c84-d143-11e3-9e25-188ebe1fa93b_story.html .

69.- *Independent Payment Advisory Board*. Accesible en:

http://en.wikipedia.org/wiki/Independent_Payment_Advisory_Board .

70.- Rey del Castillo J. *Sobre los efectos de la reforma sanitaria norteamericana (que Dios haga)*. E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 5 de Junio 2009.

Accesible en: www.opinionras.com/index.php?q=node/827 .

71.- Rey del Castillo J. *Siguiendo un debate “ejemplar”*. *Actualización de la situación*. E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 6 de septiembre 2009.

Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1309 .

72.- Rey del Castillo J. *Siguiendo el debate americano (II)*. . E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 16 de noviembre 2009. Accesible en

www.opinionras.com/index.php?q=node/1545 .

73.- Rey del Castillo. *La reforma sanitaria americana, tercera entrega: ¿dos pasos adelante y uno (¿quizás decisivo?) atrás*. E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 1 de febrero 2010.. Accesible en:

www.opinionras.com/index.php?q=node/1804 .

74.- Seelye KQ. *Ad Campaign Counterattacks Against Overhaul’s critics*. *NYtimes*, August 13, 2009. Accesible en:

www.nytimes.com/2009/08/14/health/policy/14ads.html?fta=y .

75.- Grim R. *Internal Memo confirms big giveaways in White House Deal with Big Pharma*. *The Huffington Post*, 13 August 2009. Accesible en:

www.huffingtonpost.com/2009/08/13/internal-memo-confirms-big-pharma-deal-with-big-pharma_n_258285.html .

76.- Wilson D. (2010). *Drug Industry Group Threatens to Withdraw Support*. *NY Times, Prescription Blog*, 15 January 2010. Accesible en:

<http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2010/01/15/drug-industry-group-threatens-to-withdraw-support/?gwh=CF79ADADD0C614B1E9F95C9AC20E14FC&gwt=pay> .

77.- House of Commons Health Committee. *The Influence of the Pharmaceutical Industry. Fourth Report of Session 2004-2005*. House of Commons, 22 March 2005.

Accesible en:

www.publications.parliament.uk/pa/c.200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf .

- 78.- Herszenhorn DM. *Drug Industry Deal survives Senate Committee vote*. NY Times, Prescriptions blog. September 24, 2009. Accesible en: <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2009/09/24> .
- 79.- Abraham J. (1995). *Science, Politics and the Pharmaceutical Industry. Controversy and bias in drug regulation*. London: UCL Press, 1995.
- 80.- Renick Mayer L. *Health, Energy and Finance Sectors Dominate 2nd Quarter Lobbying*. Open Secrets.org, 2009 Accesible en: www.opensecrets.org/news/2009/07/health-energy-and-finance-sect.html .
- 81.- Eggen D. *Lobbyists spend millions to influence health care*. The Washington Post. July 21, 2009. Accesible en: http://voices.washingtonpost/health-care-reform/2009/10/health-care_lobbyists_continue.html .
- 82.- Eggen D. *Industry is generous to influential bloc*. The Washington Post, Friday July 31, 2009. Accesible en: <http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2009/07/30/AR2009073004267.html> .
- 83.- *Curious Clusters of Cash: Major Lobbyist-Client Connections among Health Care Interests*. Open Secrets, 2009. Accesible en: www.opensecrets.org/lobby/lm_health.php .
- 84.- Demko P. *How healthcare's Washington lobbying machine gets the job done*. Modern Healthcare, October 4, 2014. Accesible en: <http://www.modernhealthcare.com/article/20141004/MAGAZINE/310049987> .
- 85.- Doncel L. *La UE quiere atar corto a los "lobbies"*. El País, 19 noviembre 2013. Accesible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/11/19/actualidad/1384890950_663744.html
- 86.- Wiktorowicz ME. *Emergent patterns in the regulation of pharmaceuticals: Institutions and interests in the United States, Canada, Britain and France*. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2003; 28(4)617-658. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956518> .
- 87.- da Silva LI. *La vida no tiene precio*. El País, 26 noviembre 2013. Accesible en: http://elpais.com/elpais/2013/11/11/opinion/1384193778_503353.html .
- 88.- Dukes G, Braithwaite J, Moloney JP. *Pharmaceuticals, Corporate Crime and Public Health*. Northampton (Massachusetts): Edward Elgar Publishing, 2014.

- 89.- Nieto A. *La Ley alemana de farmacias de 28 de agosto de 1960*. Revista de Administración Pública n° 35, 1961. p. 375.
- 90.- Pérez Gálvez JF. *Ordenación farmacéutica y libertad de establecimiento en la Unión Europea*. Noticias de la Unión Europea, 2011; 321: 117-136.
- 91.- Pérez Gálvez JF. *Libertad de establecimiento de farmacias en la Unión Europea*. Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2010; XXXV: 361-406. Accesible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rdpucv/n35/a11.pdf> .
- 92.- Acta Sanitaria. *Francia pone fin al 'modelo mediterráneo' de farmacia*. Acta Sanitaria, 10 junio 2013. Accesible en:
<http://www.actasanitaria.com/francia-pone-fin-al-modelo-mediterraneo-de-farmacia/>.
- 93.- Aula de Opinión Sanitaria. *Documento nº 6. Ordenación Farmacéutica*. Fundación Fundamed, 2005. Accesible en:
<http://www.fundacionfundamed.org/auladeopinion/librosaula/aula6.pdf> .
- 94.- Europa Press. *Pacientes y farmacéuticos europeos defienden el modelo mediterráneo de farmacia y anuncian movilizaciones ente un cambio*. El Economista, 2 de junio de 2008. Accesible en:
<http://ecodiario.economista.es/salud/noticias/758174/09/08/Usuarios-pacientes-politicos-y-farmaceuticos-defienden-en-Bruselas-el-modelo-regulado-de-farmacia.html#.Kku8oKUZ5VDIZLV> .
- 95.- Community Manager. *Modelos de Farmacia en Europa*. Club de la Farmacia, 11 abril 2013. Accesible en:
<http://www.clubdelafarmacia.com/blogclub/gestion/modelos-de-farmacia-en-europa/> .
- 96.- Cordobés A. *La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España*. OFFARM, 2002; 21 (5): 134-140. Accesible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13032232&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v21n05a13032232pdf001.pdf&ty=151&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es .
- 97.- Cabezas López MD , Piqueras García A , Gómez Beteta JE. *El modelo Mediterráneo de Farmacia y la libertad de establecimiento en la Unión Europea*. Ars Pharm 2010; 51.Suplemento 3: 1-13. Accesible en:
http://farmacia.ugr.es/ars/ars_web/ProjectARS/pdf/628.pdf .
- 98.- Feigal DW, Gardner SN, McClellan M. *Ensuring Safe and Effective Medical Devices*. NEJM 2003; 348(3): 191-192. Accesible en:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp020170> .

- 99.-** Redberg RF. *Medical Devices and the FDA Approval Process. Balancing Safety and Innovation*. Arch Intern. Med, 2010; 170 (20): 1831-1833. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20696948> .
- 100.-** Vedantam S. *Drug studies skewed toward study sponsors. Industry-funded research often favors patent-holders, study finds*. The Washington Post, April 11, 2006. Accesible en: <http://www.msnbc.msn.com/id/12275329/from/RS.5/>
- 101.-** Whoriskey P. *As drug industry's influence over research grows, so does the potential for bias*. Washington Post, November 24, 2012. Accesible en: http://www.washingtonpost.com/business/economy/as-drug-industrys-influence-over-research-grows-so-does-the-potential-for-bias/2012/11/24/bb64d596-1264-11e2-be82-c3411b7680a9_story.html .
- 102.-** Mellon et. Al. *Academic Medical Centers' Standards for Clinical-Trial Agreements with Industry*. NEJM, 2005; 352 (21): 2202- 2210. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa044115> .
- 103.-** *Clinical trials - Regulation EU No 536/2014*. Accesible en: http://ec.europa.eu/health/human-use/clinical-trials/regulation/index_en.htm .
- 104.-** Rennie D. *When evidence isn't: trials, drug companies and the FDA*. Journal of Law and Policy, 2007; 15(3): 991-1012. Accesible en: <http://practicum.brooklaw.edu/journals/journal-law-and-policy/volume-15/issue-3/when-evidence-isnt-trials-drug-companies-and-fda> .
- 105.-** Mossialos E, Mrazek M, Walley T. (eds.) *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. Maidenhead; Berkshire; Open University Press, 2004.
- 106.-** Cañas G, Prats J. *Rebelión europea para abaratar el último fármaco contra la hepatitis C*. El País, 14 julio 2014. Accesible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/07/14/actualidad/1405361623_798618.html.
- 107.-** Elola J. *“Hay que ir a un capitalismo que priorice el bien común”*. Entrevista a Victoria Camps, El País- Cultura, 10 agosto 2014. Accesible en: http://cultura.elpais.com/cultura/2014/08/08/actualidad/1407497541_072917.html .
- 108.-** Piketty T . *El capital en el siglo XXI*. Edición española: Madrid; Fondo de Cultura Económica, 2014.
- 109.-** Rey J. (coord.). *El sector farmacéutico y su gasto en España*. En: *El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma*. pp. 79-117. Madrid: Fundación Alternativas-Ex Libris ediciones, 1999.

- 110.-** Wiktorowicz ME. *Emergent patterns in the regulation of pharmaceuticals: institutions and interests in the United States, Canada, Britain and France.* Journal of Health Politics, Policy and Law , 2003; 28(4): 615-658. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956518> .
- 111.-** Espín J, Rovira J. *Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe.* European Commission- Escuela Andaluza de Salud Pública, 2007. Accesible en : http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/study_pricing_2007/andalusian_school_public_health_report_pricing_2007_en.pdf .
- 112.-** Tele P, Groot W. *Cost containment measures for pharmaceuticals expenditure in the EU countries: a comparative analysis.* The Open Health Services and Policy Journal, 2009; 2: 71-83. Accesible en: <http://benthamopen.com/contents/pdf/TOHSPJ/TOHSPJ-2-71.pdf> .
- 113.-** Carone G, Schwierz C, Xavier A. *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU.* Brussels; European Commission- Directorate General for Economic and Financial Affairs Economic Papers 461, 2010. Accesible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp_461_en.pdf .
- 114.-** *Pharmaceutical pricing policies in a global market.* OECD: OECD Health Policy Studies, 2008. Accesible en: http://www.oecd.org/document/36/0,3343,en_2649_33929_41000996_1_1_1_37407,00.html .
- 115.-** Puig-Junoy, J, García-Gómez P, Casado-Marín D. *Free Medicines thanks to Retirement: Moral Hazard and Hospitalization Offsets in an NHS.* Tinbergen Institute Discussion Paper 2011, Vol. 108(3): 1-33. Accesible en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1912438 .
- 116.-** Cutler MD, Everett W. *Thinking outside the pillbox – medication adherence as a priority for health care reform.* NEJM 2010; 362:1553-1555. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1002305> .
- 117.-** Niteesh K. et al. *Eliminating medication copayments reduces disparities in cardiovascular care.* Health Affairs, 2014; 33(5): 863- 870. Accesible en: <http://content.healthaffairs.org/content/33/5/863.full.pdf+html> .

- 118.-** *Is It Time to Reconsider the Role of Co-Payments in Europe?*. OHE, January 2012. Accesible en: <https://www.ohe.org/news/it-time-reconsider-role-co-payments-europe>
- 119.-** *Review of Prescription Charges in Western Europe, North America and Australasia*. The Scottish Government, February 2006. Accesible en: <http://www.gov.scot/Publications/2006/02/08133407/1> .
- 120.-** Banta D, Johnsonn E. *History of HTA: Introduction*. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2009; 25: Supplement 1: 1-6. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19500432> .
- 120’.-** Sorenson C. *Use of Comparative Effectiveness Research in Drug Coverage and Pricing Decisions: A Six-Country Comparison*. The Commonwealth Fund- Issues in International Health Policy, July 2010. Accesible en: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Jul/1420_Sorenson_Comp_Effect_intl_ib_71.pdf .
- 121.-** McDaid D. *Breaking down the barriers: linking knowledge production and decision-making*. EuroObserver 2003; 5(4): 6-7. Accesible en: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/ObsVol5no4.pdf> .
- 122.-** Mestre-Ferrándiz J. *Use of health technology assessment in selected countries. What are the key issues and trends going forward?*. Revista Española de Economía de la Salud 6(4): 206-211.
- 123.-** Bravo Y. *La evaluación de tecnologías sanitarias en el Reino Unido: situando al NICE en su contexto*. Revista Española de Economía de la Salud 5(5): 266-271.
- 124.-** Kmietowicz Z. *NICE is told to break links with drug industry*. BMJ 2003; 327:637. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/327/7416/637.1.full.pdf+html> .
- 125.-** McLellan F. *WHO review committee makes NICE recommendations*. The Lancet 2003; 362:966. Accesible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603144005> .
- 126.-** Moynihan R. *Cochrane launches global consultation on drug company sponsorship*. BMJ 2003; 327: 1068. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/327/7423/1068.1>.
- 127.-** López-Bastida et al. *Spanish recommendations on economic evaluation of health technologies*. Eur.J. Health Econ. 2010; 11: 513-520. Accesible en: https://www.ispor.org/regional_chapters/Spain/documents/Spanish-recommendations-on-economic-evaluation.pdf .

- 128.-** Ooortwijn W, Mathijssen J, Banta D. *The role of health technology assessment on pharmaceutical reimbursement in selected middle-income countries*. Health Policy 2010; 95: 174-184. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20074829> .
- 129.-** Weinstein MC, Skinner JA. *Comparative Effectiveness and Health Care Spending- Implications for Reform*. New Engl. J. Med. 2010; 362 (5): 460-465. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs0911104> .
- 130.-** Drummond M. *Twenty years of using economic evaluations for reimbursement decisions. What have we achieved?*. The University of York- Centre for Health Economics, CHE Research Paper 75, 2012. Accesible en: https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP75_Using_economic_evaluations_for_reimbursement_decisions.pdf .
- 131.-** Timbie JW, Fox DS, Van Busum K, Schneider EC. *Five Reasons That Many Comparative Effectiveness Studies Fail To Change Patient Care And Clinical Practice*. Health Affairs 2012; 31(10): 2168-2175. Accesible en: <http://content.healthaffairs.org/content/31/10/2168.full.pdf+html> .
- 132.-** Neumann PJ, Weinstein MC. *Legislating against Use of Cost-Effectiveness Information*. NEJM 2010; 363 (16): 1495-1497. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1007168> .
- 133.-** Jost TS. *The Independent Advisory Board*. NEJM, 2010; 363:103-105. Accesible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1005402> .
- 134.-** Puig-Junoy J., Meneu R. *Aplicación de los contratos de riesgo compartido a la financiación de nuevos medicamentos*. Gestión Clínica y Sanitaria, 2005; 7(3): 88-94. Accesible en: http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2005/gestion25_2005.pdf .
- 135.-** Jack A. *No Cure, No Cost* .BMJ 2007; 335 (July 21th) : 122-123. Accesible en: <http://www.bmj.com/content/335/7611/122> .
- 136.-** Puig-Junoy J. *Falta de resultados en la evaluación del riesgo compartido en esclerosis múltiple*. Diario Médico, 26 de enero de 2010, p. 21. Accesible en: <http://www.diariomedico.com/2010/01/26/area-profesional/gestion/falta-de-resultados-en-evaluacion-riesgo-compartido-esclerosis-multiple> .
- 137.-** Bravo Y. *Regional Health Technology Assessment Agencies in Spain: How many are too many?*. Revista de Economía de la Salud 6(5): 272-277.
- 138.-** *Pharmaceutical expenditure*. En: *Health at a glance: Europe 2012, Chapter 5.5*. Accesible en:

<http://www.oecdilibrary.org/sites/9789264183896en/05/05/index.html?itemId=/content/chapter/9789264183896-55-en> .

139.- Kanavos P, Mossialos E. *International comparisons of health care expenditure: What we know and we do not know*. Journal of Health Services Research Policy, 1999; 4: 122-126.

140.- Leopold C. *Pharmaceutical policy measures, implemented in response to the recession, in Europe 2012/2013*. Austrian Health Institute-WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies. En: Can EU Citizens afford their medicines? The economic crisis and access to medicines in Europe, 16 May 2013. Accesible en: http://www.eph.org/IMG/pdf/Christine_Leopold-Pharmaceutical_policy_measures_implemented_in_response_to_the_recession_in_Europe_2012-2013.pdf .

141.- *Briefing Document on Access to Medicines in Europe in Times of Austerity*. European Public Health Alliance, May 2013. Accesible en: http://www.eph.org/IMG/pdf/FINAL_EPHA_Briefing_on_Access_to_Medicines.pdf .

142.- Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, de Joncheere K. *Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis*. Southern Med. Review, 2011; 4(2): 69- 79. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3471176/> .

143.- Sukkar E, Smith H. *Panic in Greek pharmacies as hundreds of medicines run short*. The Guardian, 27 February 2013. Accesible en: <http://www.theguardian.com/world/2013/feb/27/greece-blames-drug-companies-shortages> .

144.- Brabant M. *Insulin giant pulls medicine from Greece over price cut*. BBC News, 29 May 2010. Accesible en: <http://www.bbc.com/news/10189367> .

145.- Jack A, Hope K. *Athens urged to import generic drugs*. Financial Times, March 17, 2013. Accesible en: <http://www.ft.com/intl/cms/s/0/ade78168-8f3a-11e2-a39b-00144feabdc0.html#axzz3Wcj3l3U9> .

146.- *Ireland and the impact of reference pricing*. PM Live, 2013. Accesible en: http://www.pmlive.com/pharma_intelligence/ireland_and_the_impact_of_reference_pricing_553883 .

147.- *Health (Pricing and supply of medical goods) Act 2013*. Accesible en: <http://www.irishstatutebook.ie/2013/en/act/pub/0014/> .

- 148.-** Iranzo Martín JF (Dir.), Otero Moreno M (coord.). *Las dificultades de la industria farmacéutica en España*. MH5 Cariotipo-Novartis, octubre 2013. Accesible en:
http://crones.es/pdf/dificultades_industria_farmaceutica_Espa%C3%B1a.pdf .
- 149.-** *Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2014*. Accesible en:
<http://www.elmedicointeractivo.com/analisis/informes/128591/anuario-de-la-sanidad-y-del-medicamento-en-espana-2014> .
- 150.-** Medina A. *Las farmacéuticas lideran la I+D*. Expansión, Motores del crecimiento económico, 11 noviembre 2014, p. 20.
- 151.-** Castillo M. *La inversión en I+D farmacéutica se resiente por la caída de ingresos*. Expansión, 18 noviembre 2014. Accesible en:
<http://www.aproafa.com/contents/pdfs/LainversinenIDfarmacuticaseresienteporlacada deingresos.pdf> .
- 152.-** Meneu R. *La dispensación y distribución de medicamentos en España*. Documento de Trabajo 130/2008. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2008. Accesible en:
<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-distribucion-y-dispensacion-de-medicamentos-en-espana> .
- 153.-** *Análisis trimestral del mercado hospitalario. Cierre 2013*. IMS Health, marzo 2014. Accesible en: <http://es.slideshare.net/AndreasAbt1/ims-analisis-trimestral-mercado-hospitalario-mar-14-32170245> .
- 154.-** EP. *Alonso abre la puerta a la retirada del copago sanitario*. Cinco Días, 15 enero 2015. Accesible en:
http://cincodias.com/cincodias/2015/01/15/economia/1421337564_366216.html .
- 155.-** Consejo Económico y Social. *Dictamen 8/2013, Sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se regula el sistema de precios de referencia y agrupaciones homogéneas de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud*. CES, 28 octubre 2013. Accesible en: <http://www.ces.es/documents/10180/631510/Dic082013.pdf> .
- 156.-** Sevillano EG. *Hospitales madrileños pagan hasta el 20% más por los mismos fármacos*. El País, 25 noviembre 2014. Accesible en:
http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/11/11/madrid/1415699108_606637.html .
- 157.-** *Informe de fiscalización del gasto farmacéutico de los hospitales de titularidad pública dependientes del servicio madrileño de salud, ejercicio 2011*. Cámara de Cuentas de la Comunidad

de Madrid. Informe aprobado el 2 de Octubre de 2014. Accesible en: http://www.madrid.org/camaradecuentas/images/Informe_Gto_Farmacautico.Aprobado_Cjo_021014.pdf .

158.- Redacción Valencia. *La central de compras de Ribera Salud obtiene la ISO 9001*. Redacción Médica, 24 septiembre 2013. Accesible en: http://www.redaccionmedica.com/secciones/gestion/la-central-de-compras-de-ribera-salud-obtiene-la-iso-9001-1054?autonomia=excelencia¬_id=la-central-de-compras-de-ribera-salud-obtiene-la-iso-9001-1054 .

159.- *b2b salud, plataforma de compras y logística del grupo Ribera Salud*. Diario Médico. Las Mejores Ideas 2012. Accesible en: http://www.diariomedico.com/mk/2012/ideas2012/docs/261_f78039d321959f1e3984be28fb1f6d4a.pdf .

160.- Guerrero Fernández M. et al. *b2b Plataforma de Compras, logística y servicios compartidos del Grupo Ribera Salud*. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, 2014; 15(2): 191-198. Accesible en: http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/08_GESTION-LOGISTICA-APROVISIONAMIENTO-SUMINISTROS.pdf .

161.- *Las centrales de compras privadas revolucionan la sanidad*. Empresa Extendida (EMEX), abril 2012. Accesible en: <http://www.empresaextendida.es/index.php/articulos/detalle/las-centrales-de-compras-privadas-revolucionan-la-sanidad> .

162.- Arrom Santiesteban C. *El “Príncipe” de Maquiavelo*. El Observador (JJ Bestard editor) , 17 Enero 2003, p. 7, col. 3-4.

163.- *Análisis de la evolución del Gasto Farmacéutico público en España*. Farmaindustria, Julio 2014. Accesible en: <http://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/Gasto-Farmac%C3%A9utico-Julio-2014.pdf> .

164.- García Real C. *El gasto farmacéutico es el 15% del total del gasto sanitario, igual que hace 30 años*. Diario Médico, 1 diciembre 2014, p. 10. Accesible en: http://quiosco.diariomedico.orbyt.es/epaper/epaper.asp?tpu=DIARIOMEDICO&pub=01_12_2014&edi=DIARIOMEDICO .

165.- Ortega Socorro E. *Europa exige a Rajoy más “sangre” en gasto farmacéutico*. Redacción Médica, 2 junio 2014. Accesible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/europa-exige-espana-mas-sangre-en-gasto-farmacautico-3275>.

- 166.-** Ortega Socorro E. *España promete a Bruselas recortar el gasto sanitario 2.120 millones más en 2015*. Accesible en:
<http://www.redaccionmedica.com/noticia/espana-promete-a-bruselas-recortar-el-gasto-sanitario-en-2-120-millones-mas-4301>.
- 167.-** Redacción, Bruselas. *Europa reclama más peso para los genéricos en la factura farmacéutica en España*. Redacción Médica, 27 octubre 2014. Accesible en:
<http://www.redaccionmedica.com/noticia/europa-reclama-mas-peso-para-los-genericos-en-la-factura-farmaceutica-espanola-6417>.
- 168.-** Rey del Castillo J. *Las políticas farmacéuticas: una consideración global*. En: *Políticas sanitarias en España. Pasado, presente y futuro del sistema sanitario español*, pp. 448-451. Madrid: Universidad Autónoma, Tesis doctoral, abril 2010. Accesible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=37066> .
- 169.-** Rovira Forns J, Gómez Pajuelo P, del Llano Señarís. *La regulación del precio de los medicamentos en base al valor*. Madrid: Fundación Gaspar Casal – Lilly, 2012. Accesible en:
http://www.fgcasal.org/publicaciones/Lilly_FGCLibro_La_Regulacion_del_precio_medicamentos.pdf .
- 170.-** Iñesta A. *Acuerdo sanidad y Consumo y Farmaindustria. No podría ser mejor para Farmaindustria*. e-RAS, 2005. 14 mayo. Accesible en:
www.opinionras.com/index.php?q=node/630 .
- 171.-** Oteo Ochoa LA. *Comentarios al editorial "El sector de la salud y la turbidez perpetua en las relaciones de la profesión médica y la industria farmacéutica"*. Revista de Calidad Asistencial, 2009; 24(4): 178-181. Accesible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=13139819&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=256&ty=8&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v24n04a13139819pdf001.pdf .
- 172.-** Iñesta A. *Acuerdo sanidad y consumo y Farmaindustria. No podría ser mejor para Farmaindustria*. E-ras 2009 [citado 16 Abr 2009]. Disponible en:
<http://www.opinionras.com> .
- 173.-** Jiménez S, Oliva J. *Evaluación económica de intervenciones sanitarias en España. Diagnóstico: pendiente*. Nada es Gratis, 21 mayo, 2013. Accesible en:
<http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/evaluacion-economica-de-intervenciones-sanitarias-en-espana-diagnostico-pendiente> .

174.- Puig-Junoy J, Trapero-Bertrán M. *La evaluación económica de medicamentos como factor de sostenibilidad de la sanidad pública*. Nada es Gratis, 23 mayo 2013. Accesible en:

<http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/la-evaluacion-economica-de-medicamentos-como-factor-de-sostenibilidad-de-la-sanidad-publica> .

175.- Oliva J. *Introducción: La evaluación económica de intervenciones sanitarias en España. Situación actual y perspectivas*. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, 2013; 14(1): 15-24. Accesible en:

http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/Introduccion_%20La%20evaluacion.pdf .

176.- *Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud*. AES, marzo 2008. Accesible en:

<http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE2.pdf> .

177.- Solá-Morales O. *La evaluación de tecnologías sanitarias en España. Documento de Trabajo 171/2011*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2011. Accesible en: <http://www.falternativas.org/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/la-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias-en-espana> .

178.- Rey del Castillo J. *La evaluación de las tecnologías sanitarias: ¿un mito o una solución para el control del aumento del gasto sanitario*. En: Otra gestión sanitaria es posible. Madrid, Fundación 1º de Mayo, abril 2011, pp. 91- 126. Accesible en: <http://www.1mayo.coo.es/nova/files/1018/OtraGestionSanitaria.pdf> .

Anexo

La organización y la financiación sanitaria en Canadá (1; 2; 3; 4; 5).

1. La organización y la cobertura sanitaria en Canadá.

De Canadá cabe destacar en primer lugar que la “senda” seguida para disponer de unos servicios sanitarios universales con responsabilidad políticamente descentralizada de su gestión es la contraria a la seguida en España: allí la cobertura sanitaria era hasta 1970 responsabilidad de las llamadas “provincias” canadienses (hay diez, más tres “territorios” especiales, uno de ellos el que agrupa a la población esquimal), equivalentes a nuestras CCAA, entre las que se dan las mismas diferencias que se dan entre las españolas en cuanto a tamaño físico, población, nivel de renta y otras características (incluidas las diferencias en el idioma dominante en Quebec, el francés, y la lengua y costumbres propias de los esquimales). Así las cosas existían grandes diferencias entre la cobertura sanitaria de la que disponían los ciudadanos de unas y otras provincias, con niveles de protección en relación con el nivel de renta de cada una, una situación que contribuía a dificultar la movilidad de los ciudadanos canadienses entre unas y otras provincias, con los efectos económicos negativos consiguientes, que, en todo caso, no fueron los más determinantes para la “federalización” de la atención sanitaria.

En 1970 el Partido Liberal, equivalente en sus posiciones a la de los partidos socialdemócratas europeos, entonces en el gobierno federal, transformó ese sistema en uno de protección universal gestionado de manera común mediante mecanismos que siguieron siendo de gestión descentralizada por las provincias denominado *Medicare* (distinto del norteamericano de la misma denominación, limitado a la población jubilada). Para ello el gobierno federal adquirió el compromiso de aportar a la financiación sanitaria de cada territorio una cantidad equivalente a la que cada uno venía aportando hasta entonces para atención primaria y hospitalaria (para esta última la aportación federal comenzó en el año 1966, tras la llamada *Medical Care Act*, de aquel año), estableciendo determinadas condiciones de la atención prestada por cada una de las provincias para realizar esa aportación.

Entre esas condiciones, además del *carácter universal de la protección* y la “*portabilidad*” de la misma en los desplazamientos, programados u ocasionales, de los ciudadanos entre las provincias o territorios (con un plan complementario de facturación de la atención entre ellos), se incluía la *gestión pública* de cada plan provincial y la condición pública o sin ánimo de lucro de los centros participantes en el mismo. En 1984, mediante la *Canada Health Act*, se añadieron a las condiciones citadas otras dos: en primer lugar, en relación con la *accesibilidad* al sistema, la prohibición expresa de imponer copagos o facturaciones adicionales a la atención prestada por Medicare en cada provincia, que se habían ido introduciendo por las más ricas (Alberta, Ontario), lo que se sigue considerando como la dificultad más importante para garantizar la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios; y en segundo lugar, el establecimiento de *unas condiciones “amplias”* (sin precisar más el término) y *uniformes de la prestación*, que se había ido también diversificando entre las distintas provincias. Por otra parte, la normativa todavía en vigor impide a las compañías aseguradoras privadas reproducir el panel de prestaciones sanitarias cubiertas en el sistema público, algo de especial valor en las cercanías de los Estados Unidos, cuyo sistema sanitario pivota de manera principal sobre las más de 4.000 compañías privadas de seguro sanitario que existen allí.

Una sentencia obtenida por un ciudadano de Québec en 2005 (*Chaoulli frente a Québec*) permitió a aquél, por otra parte médico de profesión, obtener el reconocimiento de la financiación pública a la atención privada a la que se había sometido en un caso de patología coronaria en el que la espera para el procedimiento superaba lo considerado adecuado por el mismo. Desde entonces se lleva planteando la extensión de ese derecho a todos los ciudadanos canadienses sin que todavía se haya llegado a una regla de aplicación general, que se considera alteraría de manera sustancial el papel y la consideración “esencial” de vinculación con la ciudadanía canadiense que ha alcanzado la protección sanitaria universal, como elemento característico constitutivo y distintivo de aquélla, con un alto grado de enraizamiento, pese a todos sus defectos, entre la población (6; 7; 8).

A la inversa, las listas de espera se han ido convirtiendo en el problema puesto de manera más acuciante de relieve en los medios de comunicación (9; 10), demandando su solución, para la que se preconiza la liberalización de la atención en el sentido indicado; es una posición a la que se ha sumado hace algunos años la organización

médica canadiense, en contra de la opinión de otros grupos de médicos, que han constituido organizaciones para la defensa y el mantenimiento en las mismas condiciones de *Medicare*, el sistema público universal de atención. Acusaciones surgidas también en diferentes medios de que para sortear las listas de espera se estaban generalizando pagos encubiertos a los profesionales en los servicios públicos han sido investigadas en profundidad por una comisión creada al efecto en la provincia de Alberta, en cuyas conclusiones se ha desestimado que se trate de un problema generalizado fuera de algunos casos concretos, aunque ha recomendado algunas medidas legales para impedir que el problema pueda ampliarse (11).

Por otra parte, las reglas de funcionamiento del sistema permiten restringir las transferencias económicas (que se han ido transformando en cesiones de impuestos por una cuantía que ha ido reduciendo el porcentaje federal en la financiación) desde el gobierno federal a las provincias en caso de incumplimiento de alguna de esas condiciones por una cuantía similar a la obtenida por otras vías de financiación, como lo copagos que han pretendido imponer en diferentes ocasiones las provincias de mayor nivel de renta (Ontario, Alberta). Ese mecanismo de condicionamiento parcial de la financiación se ha revelado como un instrumento eficaz de coordinación y mantenimiento de las cinco condiciones esenciales del sistema que se han mencionado, que ha evitado hasta ahora que se introduzcan mecanismos de copago incluso en los territorios de mayor nivel de renta. Por el contrario, la regulación federal realizada a través de las normas citadas no incluye referencias a la organización interna del sistema sanitario en cada provincia, que no es objeto de ninguna precisión de ese carácter.

Es, sin embargo, característico del sistema universal canadiense que el mismo no incluye la cobertura de la prestación farmacéutica, cuya responsabilidad y nivel de protección son diferentes en cada una de las provincias. Esta situación tiene un origen histórico, relacionado con las diferencias en el nivel de gasto farmacéutico (muy relacionado con los precios que conseguían de las empresas farmacéuticas en función del tamaño poblacional y, en consecuencia el “poder de gasto” (*spending power*), de cada una de ellas) en el momento de implantarse la universalización de la protección en los otros terrenos de la protección sanitaria mencionados (atención primaria y especializada) (12).

Las diferencias en gasto farmacéutico no sólo no se han ido reduciendo como consecuencia de la diferente situación de relación con los proveedores farmacéuticos

mencionada sino que, por el contrario, han ido aumentando; lo que, a su vez, ha ido provocando cada vez mayores dificultades para la “federalización” de esta parte de la protección. Y ello pese a que existe como uno de los mecanismos de coordinación sanitaria más importantes entre las provincias una única y común agencia de evaluación de tecnologías y medicamentos (COOHTA, hoy denominada CADTH), y una recomendación general para incentivar el uso de los genéricos. Esas diferencias crecientes, así como el aumento global del gasto farmacéutico que ello conlleva, que está aumentando a un ritmo y en una proporción superior a la de otras partidas de gasto sanitario incluidas en las reglas de funcionamiento federal solidario establecidas, parecen en todo caso indicar las limitaciones de los sistemas de evaluación tecnológica como instrumentos únicos de control del gasto en farmacia y otras tecnologías sanitarias, si no se dispone a la vez de instrumentos de coordinación en materia de compras que hagan efectivas las economías de escala y el ejercicio del *spending power* que se pueden derivar de unos instrumentos comunes de relación con las empresas en un sistema sanitario de protección universal.

Entre los mecanismos de coordinación del sistema universal y descentralizado canadiense destaca también la constitución de un “Instituto” Canadiense de Información Sanitaria (CIHI), un organismo independiente creado en 1994 no vinculado a la organización sanitaria federal, sino a una universidad, y de cuyos órganos de gobierno forman parte todas las provincias, además de la autoridad sanitaria federal. El Instituto proporciona información periódica e informes específicos sobre distintos aspectos de la situación sanitaria en Canadá, que incluye además los datos sobre la financiación anual recibida del gobierno federal, así como la aportada por cada una de las provincias, desde el año 1970 (14).

Por su parte, son destacables también algunas características del sistema de financiación sanitaria que, como corresponde a un país cuyo sistema sanitario es del tipo de los servicios nacionales de salud, se basa en impuestos generales de diferentes tipos y transferencias específicas (*Canadian Health Transfer*). La más importante es que se trata de un sistema de financiación finalista específico, separado del resto de la financiación destinada a la de otras competencias gestionadas y propias de las provincias, que en los últimos años se ha separado incluso de la financiación de la educación y otros servicios sociales, gestionadas también por las provincias, a las que se venía vinculando en un mismo sistema de financiación hasta entonces (*Canadian Health and Social Transfer*). Los motivos de esa separación están en

relación con las diferencias en nivel de gasto, razones y ritmo de crecimiento del mismo, y mecanismos utilizables para lograr su control, entre otras competencias y funciones y las sanitarias.

El volumen del gasto sanitario de uno u otro origen gestionado por las provincias es en todo caso tal que supera en conjunto el del resto de las competencias gestionadas por aquéllas, y conlleva además que la financiación sanitaria vehiculada al través del sistema finalista mencionado (que no tiene como objetivo propio ni produce de hecho un nivel de financiación sanitaria capitativa equivalente para todas las provincias), es independiente del fondo de nivelación existente con el que se pretenden equilibrar las amplias diferencias en capacidad fiscal que existen entre las provincias canadienses, que no son diferentes a las que se dan entre nuestras CCAA. La financiación sanitaria finalista tiene, por el contrario, como objetivo prioritario permitir que se mantengan por las provincias las mismas condiciones esenciales de la protección sanitaria universal, que forma parte principal de la condición de ciudadanía canadiense a la que está profundamente asociada.

Un último elemento a destacar del sistema sanitario en Canadá es que carece de órganos de gobierno comunes capaces de imponer unas mismas medidas al conjunto del sistema y a cada plan provincial en particular. El gobierno federal, a través de su Ministerio de Sanidad, lleva a cabo el desempeño de sus competencias, entre las que se encuentra la vigilancia del mantenimiento de las condiciones generales del sistema sanitario indicadas, labor en la que su papel resulta necesario e insustituible, y complementa esa labor con la aportación de la financiación federal, condicionada parcialmente al mantenimiento de aquéllas por las provincias, además de proponer y desarrollar las líneas generales de las políticas sanitarias. Estas, a su vez, se discuten en conferencias de los ministros de Sanidad de las provincias, en las que el ministro federal de Sanidad no tiene un papel preeminente sobre aquéllos; los debates desarrollados en esas reuniones no tienen el carácter de decisiones comunes de obligado cumplimiento.

El interés de las políticas sanitarias en Canadá lleva, por otra parte, a que los debates sobre las mismas, y sobre todo lo relacionado con el funcionamiento de Medicare, sean periódicamente motivo de atención preferente por la Conferencia de presidentes que reúne al federal con los de las provincias, pero esa Conferencia tampoco tiene previsto en sus reglas de funcionamiento la adopción de acuerdos de cumplimiento

obligatorio. Todo ello no impide que se mantengan las condiciones generales del sistema señaladas, en lo que el papel de la financiación sanitaria específica y parcialmente condicionada resulta decisivo, pese a las diferencias y tensiones que genera entre el gobierno federal y los de las provincias, especialmente por la reducción en términos absolutos de la aportación federal que se ha ido produciendo, y la sustitución de las transferencias monetarias por la cesión de impuestos, que ha caracterizado los desarrollos del sistema sanitario desde que se creó.

2. La evolución de la financiación sanitaria en Canadá.

Del sistema sanitario canadiense y su financiación merece la pena describir sucintamente su evolución, no sólo de especial interés por tratarse del único país en el que se combinan la protección sanitaria universal y su gestión descentralizada, sino también por conocer las vías que ha ido utilizando para combinar los dos aspectos esenciales citados, los problemas que se le han ido presentando para mantenerlos, y los instrumentos, principalmente financieros, que ha utilizado para resolver esos problemas.

2.1. Siendo un país federal, la responsabilidad de la protección sanitaria de sus ciudadanos estaba desde hace más de un siglo a cargo de cada una de las provincias (equivalentes a nuestras CCAA), que la habían desarrollado cada una con arreglo a sus propios criterios y posibilidades.

2.2. Desde mediados de los años 50 del siglo pasado el gobierno federal concretó su preocupación por tratar de garantizar ciertos niveles homogéneos de protección sanitaria, en concreto de atención hospitalaria, estableciendo determinadas condiciones de prestación de la misma, comprometiéndose para ello mediante una ley de 1957 (*Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*) a aportar a partir de entonces a cada una de las provincias que lo aceptara una cantidad equivalente en términos absolutos a la que venía dedicando hasta entonces cada provincia a ese nivel de atención para sus propios residentes. En 1961 estaban firmados acuerdos con todas las provincias. Esos acuerdos no incluían una financiación capitativa igual para todas las provincias, de tamaños y población tan diferentes como los de las CCAA españolas, ni incluían tampoco la asistencia primaria y extrahospitalaria.

2.3. En 1966, mediante una nueva ley (*Medical Care Act*), el compromiso de aportación federal se extendió en los mismos términos a la financiación de todos los

servicios médicos y quirúrgicos prestados tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, pero no a la prestación farmacéutica. Para hacer posible la aportación federal en una cantidad igual a la que dedicara cada provincia a esos niveles de atención la ley exigía la constitución por cada provincia de un organismo público gestor de esas prestaciones. La norma introdujo también limitaciones para la imposición de copagos en el momento de utilizar los servicios que pudieran limitar el acceso igual de los residentes en cada provincia a los servicios cubiertos. Dejó, sin embargo, abierta la posibilidad de que se establecieran tasas de pago anual por las provincias para complementar la financiación sanitaria, lo que algunas provincias, las de mayor nivel de renta, aprovecharon para introducir ese tipo de pagos, mientras que las restantes mantenía sus propios ingresos sobre la base de los impuestos recaudados en su territorio, duplicados en su cuantía con la aportación federal comprometida.

En 1972 todas las provincias habían constituido esos organismos públicos gestores, cada uno de características diferentes en cada provincia, a cuyo conjunto, pese a no estar dotado de ningún órgano federal de coordinación, se le dio el nombre de Medicare (igual al del sistema que cubre en los Estados Unidos la atención sanitaria de los jubilados). El sistema suponía una protección sanitaria “universal”, pero no idéntica siquiera en su cobertura material, para los ciudadanos de cada una de las provincias en su propio territorio. Incluía también una garantía de pago de los servicios incluidos en el panel de servicios ofrecidos en su propia provincia que cualquier ciudadano hubiera recibido en otra a los del territorio en que se hubiesen prestado; esta condición hizo necesario el establecimiento de mecanismos de facturación entre provincias que con el tiempo se han ido perfeccionando.

2.4. El sistema de aportación federal de una cantidad igual a la dedicada a la asistencia sanitaria por cada provincia sobre la base de sus propios impuestos se mantuvo hasta 1977, coincidiendo con una preocupación creciente por parte del gobierno federal por la rapidez en el aumento imparable del coste de los servicios sanitarios, coincidiendo con un aumento de sus propios déficits presupuestarios.

En ese año, y por las razones citadas, el gobierno federal adoptó de manera unilateral la decisión de modificar la naturaleza y la forma de su aportación a la asistencia sanitaria de las provincias: a la vez que dejaba de someter a control el cumplimiento de las condiciones establecidas en la ley de 1966 para extender la protección con el carácter “universal” limitado que se ha citado, cambió la cuantía de su aportación.

Ésta dejó de ser desde entonces del 50% de lo gastado por cada provincia en la asistencia sanitaria de los niveles indicados, pasando a hacerse por una cuantía fijada en términos de porcentaje de incremento anual de su aportación, que no tenía por qué alcanzar como antes el 50% de lo gastado cada año.

2.5. La relajación de las condiciones de control de las condiciones establecidas en la ley anterior dirigidas a garantizar la asistencia sanitaria universal, junto con la reducción de la aportación federal a la financiación, tuvo dos clases de consecuencias: de una parte, las provincias de mayor nivel de renta establecieron copagos y tasas específicas por hacer uso de los servicios sanitarios (por ejemplo, en la atención hospitalaria; en las mismas provincias se permitió el cobro de unos u otras a los pacientes por los médicos de atención primaria y especialistas extrahospitalarios). De otra, las provincias con menor capacidad fiscal se vieron sometidas a insuficiencias presupuestarias cada vez más importantes para afrontar el coste creciente de los servicios y, como consecuencia, a tener que reducir éstos.

2.6. De resultas de esa situación, en 1984 el Gobierno federal dictó una nueva ley (*Canada Health Act*) en la que se restablecieron de manera más expresa y amplia las condiciones para mantener su aportación a la asistencia sanitaria de las provincias, excluyendo entre ellas expresamente la posibilidad de que las provincias pudieran imponer de manera unilateral copagos o tasas por el acceso a los servicios, por considerar que los mismos constituían la barrera más importante para el acceso igualitario a la atención.

Una novedad añadida en el establecimiento de las condiciones citadas (gestión pública de los servicios; cobertura poblacional universal; portabilidad; cobertura amplia y homogénea de prestaciones; accesibilidad) fue la previsión en la ley de un sistema de penalizaciones por parte del gobierno federal por el incumplimiento de las mismas. Estas penalizaciones en la aportación a la financiación sanitaria de las provincias fueron aplicadas en diferentes ocasiones durante la segunda mitad de los 80 y la década de los noventa, en especial por la aplicación de copagos y facturaciones extraordinarias para acceder a la atención. Esas penalizaciones fueron habitualmente devueltas a las provincias una vez éstas habían eliminado esas prácticas, pero sirvieron de incentivo adecuado para su eliminación.

2.7. Desde el punto de vista financiero no se estableció ninguna novedad relevante hasta la introducción por el gobierno federal en 1995 de un fondo de financiación

común de la asistencia sanitaria, la educación y los servicios sociales de las provincias, denominado *Canadian Health and Social Transfer*, en el que se previó la sustitución de la aportación federal en forma de transferencias en efectivo a las provincias que hasta entonces se habían utilizado para hacer la aportación federal por la cesión de impuestos a las mismas, con el fin de que pudieran utilizar más ampliamente su capacidad impositiva para hacer más eficiente y corresponsable su gestión financiera.

El sistema perjudicó más a las provincias de menor capacidad fiscal, y acentuó las diferencias entre ellas, así como el grado de conflictividad de todas con el gobierno federal por la reducción añadida observada en la aportación federal a la cobertura financiera de esos servicios bajo esa nueva formulación.

2.8. Las tensiones financieras entre el gobierno federal y los de las provincias fueron creciendo hasta que en 1999 se alcanzó un acuerdo (*Social Union Framework Agreement*) para garantizar la sostenibilidad económica de los servicios sanitarios, educativos y sociales mencionados.

De las condiciones de ese acuerdo algunas fueron de especial relevancia para los servicios sanitarios, entre ellas el compromiso del gobierno federal de no modificar su aportación a su sostenimiento por una u otra vía sin consulta previa con las provincias; también el compromiso de no ampliar las prestaciones sanitarias ofrecidas sin el acuerdo con las mismas (un compromiso facilitado por el reforzamiento de órganos comunes de evaluación de tecnologías realizado por una única agencia, y la existencia y el reforzamiento de sistemas comunes de información sanitaria y económico-sanitaria centralizados en el *Canadian Institute of Health Information*, CIHI). Esos compromisos se acompañaron de un aumento importante de la aportación del gobierno federal en forma de transferencias monetarias al fondo citado en los presupuestos de 1999.

A cambio, las provincias se comprometieron a no restringir el acceso de la población inmigrante a los mismos servicios, y a utilizar los fondos adicionales para los fines específicos a los que iba destinado el aumento de las transferencias.

2.9. En 2002, una Comisión presidida por un antiguo primer ministro de Saskatchewan, una provincia que había tenido un papel principal en las primeras iniciativas universalizadoras, Roy Romanow, presentó un informe en el que se proponían diferentes medidas para reformar el sistema sanitario canadiense, preservar su carácter universal y garantizar la sostenibilidad económica del mismo. Dejando al

margen otras transformaciones organizativas y dirigidas a la coordinación del sistema propuestas, en lo relativo a su financiación la Comisión recomendó incrementar la aportación federal al sostenimiento del sistema sanitario, y hacerlo mediante transferencias monetarias, hasta alcanzar un nivel de aportación del 25% del gasto sanitario de las provincias, que con el tiempo se había reducido por debajo de ese nivel (15).

De manera añadida la misma Comisión recomendó crear un nuevo fondo de transferencia específico para financiar una cobertura uniforme de la prestación farmacéutica en todas las provincias, cuyo nivel de cobertura se había ido diferenciando cada vez más entre las provincias, aumentando además de manera desproporcionada en todas ellas, en especial en aquéllas de menor tamaño y nivel de renta, como consecuencia de su menor capacidad de negociación con las industrias (multinacionales) del sector.

2.10. Un acuerdo “de reforma del sistema sanitario” (*Accord on Health Care Renewal*) entre el gobierno federal y las provincias alcanzado en 2003 comprometió una aportación adicional de 34.800 millones de dólares canadienses en cinco años para la asistencia sanitaria, a los que en 2004 se añadieron otro 2.000 millones por el gobierno federal, que para entonces ya había resuelto sus problemas de déficits presupuestarios. Éste además separó en dos partes el fondo común anterior (*Canadian Health and Social Transfer*), constituyendo un fondo específico para la asistencia sanitaria (*Canadian Health Transfer*) al que se destinó la aportación mencionada.

Con ésta, según los términos del acuerdo, se debía también financiar el acceso a una prestación farmacéutica básica en todas las provincias, algo en lo que, sin embargo, no se ha avanzado de manera significativa en su desarrollo posterior.

Las razones invocadas para separar el fondo sanitario del constituido para los otros servicios sociales y educativos (*Canadian Social Transfer*) hacían referencia a la necesidad de aumentar la transparencia y el control del uso (accountability) de la financiación recibida por las provincias para la asistencia sanitaria, de volumen muy superior a la destinada a los otros servicios, de ritmo de crecimiento del gasto mucho mayor, y precisado de mejoras más importantes en su gestión.

2.11. En 2004 un nuevo acuerdo entre el gobierno federal y las provincias comprometió la aportación de 18.000 millones de dólares adicionales a los garantizados en el acuerdo anterior para la mejora de la asistencia sanitaria, así como un incremento anual posterior mínimo del fondo federal (*Canadian Health Transfer*)

hasta 2015 del 6%, por un total de 41.000 millones de dólares en el plazo de diez años indicado.

2.12. Las medidas descritas han contribuido a sostener financieramente, no sin tensiones, el sistema sanitario canadiense hasta la actualidad, pero el horizonte de crecimiento de un gasto sanitario difícil de controlar no ha variado, lo que ha llevado a considerar que para 2020 el gasto sanitario en seis de las 10 provincias canadienses supondrá un 50% de sus presupuestos respectivos.

Por otra parte, ese horizonte económico no ha hecho variar el apoyo muy mayoritario (de entre el 93 y el 98% de la población adulta canadiense de todas las provincias según encuestas recientes) a la cobertura sanitaria universal y a los principios establecidos en la *Canada Health Act* que la hacen posible, como rasgos definitorios de su personalidad como país. Las vías posibles de solución de ese conflicto exceden el ámbito de lo que aquí corresponde explicar.

Bibliografía

- 1.- Makarenko J. *The Charter & Health Care in Canada*. Mapleleafweb.com, July 1, 2005. Accesible en: <http://mapleleafweb.com/features/charter-health-care-canada> .
- 2.- Makarenko J. *The Canada Health Act: Provisions & Administration*. Mapleleafweb.com, March 1, 2007. Accesible en: <http://mapleleafweb.com/features/canada-health-act-provisions-amp-administration> .
- 3.- Makarenko J. *Canadian Federalism and Public Health Care: The Evolution of Federal-Provincial Relations*. Mapleleafweb.com, January 30, 2008. Accesible en: <http://mapleleafweb.com/features/canadian-federalism-and-public-health-care-evolution-federal-provincial-relations> .
- 4.- Makarenko J. *Provincial Government in Canada: Organization, Institutions & Issues*. Mapleleafweb.com, March 4, 2009. Accesible en: <http://mapleleafweb.com/features/provincial-government-canada-organization-institutions-issues> .
- 5.- Makarenko J. *Canada's Health Care System: An Overview of Public and Private Participation*. Mapleleafweb.com, October 22, 2010. Accesible en: <http://mapleleafweb.com/features/canada-s-health-care-system-overview-public-and-private-participation> .

- 6.- Monahan PJ. *Chaoulli v Quebec and the future of Canadian Healthcare. Patient Accountability as the “Sixth Principle” of the Canada Health Act*. Toronto: CD Howe Institute, November 2006. Accesible en:
http://www.cdhowe.org/pdf/benefactors_lecture_2006.pdf .
- 7.- Flood C, Xavier S. *Health Care Rights In Canada: the Chaoulli Legacy*. Social Science Research Network, 2008. Accesible en:
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1148956 .
- 8.- Cohn D. *Chaoulli five years on: Al Bark an No bite?. Paper presented at the 2010 Annual Meeting of the Canadian Political Science Association*. Concordia University; Montreal (Quebec), 2010. Accesible en:
<http://www.cpsa-acsp.ca/papers-2010/Cohn.pdf> .
- 9.- *Health Care in Canada 2012. A Focus on Wait Times*. Canadian Institute for Health Information, 2012. Accesible en:
https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-ENweb.pdf .
- 10.- *Time to close the gap. Report Card on Wait Times in Canada*. Wait Times Alliance, 2014. Accesible en:
<http://www.waittimealliance.ca/wp-content/uploads/2014/06/FINAL-EN-WTA-Report-Card.pdf> .
- 11.- Vertes JZ, Commissioner. *Health Services Preferential Access Inquiry Report*. Alberta, 2013. Accesible en:
https://www.assembly.ab.ca/pub/PDF/HealthServicesPreferentialAccess_Inquiry_Volume1.pdf .
- 12.- Morgan SG, Daw JR. *Canadian Pharmacare: Looking Back, Looking Forward*. Healthcare Policy, 2012; 8(1): 14- 23. Accesible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430151/> .
- 13.- Menon D, Stafinsky T. *Health Technology Assessment in Canada: 20 Years Strong? . Value in Health*, 2009; 12 (Suppl. 2): S14-S19. Accesible en:
<https://www.ispor.org/HTAspecialissue/Menon.pdf> .
- 14.- *National Health Expenditure Trends, 1975-2014*. CIHI, October 2014. Accesible en: file:///D:/Usuarios/jrey/Downloads/nhex_2014_report_en.pdf .
- 15.- Romanow R. (Commissioner). *Building on Values. The future of Health Care in Canada. Final Report*. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002. Accesible en: <file:///D:/Usuarios/jrey/Downloads/CP32-85-2002E.pdf> .

Índice de gráficos y tablas

Gráficos

Gráfico 1. Gasto sanitario per cápita versus PIB per cápita en países de la OCDE en 2002	139
Gráfico 2. Evolución de la rentabilidad en beneficios netos sobre activos de la industria farmacéutica en los Estados Unidos en comparación con otros sectores industriales entre 1995 y 2008	326
Gráfico 3. Gasto farmacéutico per cápita en países europeos en poder paritario de compra en dólares entre 1970 y 2010	373
Gráfico 4. Gasto farmacéutico público en recetas del SNS enero 2012 – diciembre 2014	399
Gráfico 1. Gasto farmacéutico público hospitalario anual en España en millones de euros en el período 2010-2015	401

Tablas

Tabla 1. Calendario de transferencias a CCAA en materias sanitarias.	94
Tabla 2. Porcentajes del presupuesto global del INSALUD asignados a las CCAA que recibieron los trasposos del INSALUD entre 1992 y 1996	125
Tabla 3. Cuantía de las operaciones de “saneamiento” financiero del INSALUD entre 1992 y 1996 y distribución por CCAA	132
Tabla 4. Evolución de presupuestos, gastos y participación en el PIB de España del gasto total del INSALUD (transferido y no transferido a CCAA) hasta 1996 (incluye operaciones de saneamiento).	140
Tabla 5. Perspectiva general de los copagos farmacéuticos en Europa	357
Tabla 6. Evolución del gasto farmacéutico extrahospitalario total (público y privado) en países europeos entre 1970-2010.	370
Tabla 7. Evolución del gasto farmacéutico público extrahospitalario en países europeos entre 1970 y 2010.	371
Tabla 8. Gasto farmacéutico total como porcentaje del PIB, gasto farmacéutico total como porcentaje del gasto sanitario total, gasto farmacéutico público como porcentaje del gasto farmacéutico total, y gasto farmacéutico per cápita en poder paritario de compra (dólares), en países europeos entre 1980 y 2000	390

Últimos Documentos de Trabajo publicados

- 189/2014. **La internacionalización en la base de la pirámide empresarial española: análisis y propuestas.** Ramon Xifré Oliva
- 188/2014. **El impacto de la crisis sobre el tejido social solidario de España: efectos y reacción de las ONGD frente a la crisis.** Katty Cascante y Érika Rodríguez
- 187/2014. **El modelo territorial español treinta y cinco años después.** Tomás de la Quadra Salcedo
- 186/2014. **El derecho al olvido digital.** Luis Javier Mieres Mieres.
- 185/2014. **Los parados de larga duración en España en la crisis actual.** Sara de la Rica y Brindusa Anghel.
- 184/2014. **Medidas sociales para combatir el fraude fiscal en España.** María Goenaga Ruiz de Zuazu.
- 183/2014. **El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes.** Manuel Martín García.
- 182/2014. **La privatización de la asistencia sanitaria en España.** Marciano Sánchez Bayle.
- 181/2013. **Gestión pública del hecho religioso en España.** José M.^a Contreras Mazarío.
- 180/2013. **Identidad social, pluralismo religioso y laicidad del Estado.** Ana Fernández-Coronado y Gustavo Suárez Pertierra.
- 179/2013. **El uso de símbolos religiosos en el espacio público en el Estado laico español.** Fernando Américo y Daniel Pelayo.
- 178/2012. **Los ciudadanos españoles ante la crisis.** Olga Salido.
- 177/2012. **La Economía Social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad.** Antonio Jiménez Lara y Ángel Rodríguez Castedo.
- 176/2012. **La integración de las energías renovables en el sistema eléctrico.** Alberto Carabajo Josa.
- 175/2011. **Los sindicatos españoles: voz e influencia en las empresas.** Carmen García-Olaverri y Emilio Huerta.
- 174/2011. **Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis.** Agustín Cañizares Ruiz y Álvaro Santos Gómez.
- 173/2011. **Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud.** Javier Rey del Castillo.
- 172/2011. **Reflexiones sobre la atención primaria de salud.** Antoni Dedeu, Carolina Lapena, Tino Martí, Josep M.^a Monguet y Josep M. Picas.
- 171/2011. **La evaluación de tecnologías sanitarias en España.** Oriol de Solà-Morales.
- 170/2011. **Transparencia y acceso a la información pública en España: análisis y propuestas legislativas.** Emilio Guichot Reina.