

TESIS DOCTORAL

2018

**EL DERECHO DE PROTECCION DE LA SALUD EN
ESPAÑA: UNA PROPUESTA DE FINANCIACION Y
PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS
CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS**

AUTOR: JOSE JEREZ IGLESIAS

Licenciado en CC. Económicas y Empresariales
Graduado en Derecho
Master Universitario en Derechos Humanos

PROGRAMA DE DOCTORADO EN DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A DISTANCIA
UNED. MADRID**

**DIRECTORA: Prof. Dra. ANA MARIA MARCOS DEL CANO
(Universidad Nacional de Educación a Distancia -
UNED)**

**CODIRECTOR: Prof. Dr. JAVIER SALINAS JIMENEZ (Universidad
Autónoma de Madrid)**

**EL DERECHO DE PROTECCION DE LA SALUD EN ESPAÑA:
UNA PROPUESTA DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES
SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS.**

INDICE

INTRODUCCION GENERAL	15
-----------------------------	-----------

PRIMERA PARTE

EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

	INTRODUCCION	21
CAPITULO I	EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD	25
	1.- Naturaleza jurídica del Derecho a la Protección de la Salud	27
	2.- Contenido del Derecho a la Protección de la Salud	35
	3.- El Derecho comparado en Unión Europea (UE-15)	41
	3.1. Introducción	43
	3.2. Modelo de Sistema Nacional de Salud. Beveridge	44
	3.3. Modelo de Seguridad Social. Bismarck	44
	3.4. La provisión de servicios	44
	4.- La salud como bien público	47
CAPITULO II	LA REGULACION JURIDICA DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD EN ESPAÑA	53
	1.- La Constitución española	55
	2.- La Ley 14/1986 General de Sanidad y la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente	63
	3.- El Real Decreto - Ley 16/2012	73
	4.- El Real Decreto – Ley 7/2018	91

SEGUNDA PARTE

SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA

	INTRODUCCION	99
CAPITULO III	SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA: MODELOS	103
	1.- Descripción general	105
	2.- Análisis	109
	2.1. Listas de espera	111
	2.2. Contenido de la cartera de servicios	112
	2.3. Atención a los asegurados fuera de su	

autonomía de residencia	113
2.4. Compensación económica entre sistemas autonómicos	114
2.5. Gestión compleja	115
2.6. Rigor y énfasis en la eficiencia del sistema	116
2.7. ¿Obsolescencia tecnológica sanitaria?	117
2.8. La financiación autonómica	118
3. La cuestión de la falta de sostenibilidad	121
3.1. Incidencias multifactoriales	124
3.2. Diagnóstico y pronóstico evolutivo	128
4. El Copago de los asegurados	131
4.1. Situación actual en España	133
4.2. Situación actual en la UE – 15	135
5.- El modelo MUFACE, ISFAS y MUGEJU	139
5.1. Descripción general	141
5.2. Valoración	141
6.- Modelos de colaboración pública – privada	143
6.1. Descripción general	145
6.2. Concesiones administrativas	145

TERCERA PARTE

LA NECESIDAD DE UNA REFORMA

	INTRODUCCION	149
CAPITULO IV	NECESIDAD DE UN NUEVO MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION	153
	1. La financiación del Derecho de Protección de la salud tiene límites	155
	2. Fundamentos y condiciones de financiación de la sanidad	156
	3. Necesidad de financiar el mismo coste por unidad de prestación tanto en la sanidad pública como en la privada	159
	4. Necesidad de alcanzar la eficacia y la eficiencia para hacer sostenible el SNS	160
	5. Ventajas de dar libre elección a los asegurados	161
	6. Modelo agotado	162
	7. Alternativas de modelos	166
	8. Pacto de un nuevo modelo	171
CAPITULO V	MODELOS DE GESTION DE LA PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS EN EUROPA	173
	1.- El Informe “Euro Health Consumer Power House” de 2017	175
	2.- Características de los Sistemas de Provisión y libre elección de los asegurados	180

2.1. Alemania	180
2.2. Francia	181
2.3. Italia	181
2.4. Países Bajos	182
2.5. Reino Unido	183
2.6. Suecia	183

CUARTA PARTE

PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

INTRODUCCION	187
CAPITULO VI	MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION
	191
1.- Presentación	193
1.1. Diagrama básico del modelo de “Sistema Nacional Integrado de Salud”	197
1.2. Características básicas del modelo propuesto	198
1.3. Principios del modelo propuesto	201
1.3.1. Principio de eficacia, eficiencia y efectividad	201
1.3.2. Principios de competencia y libre elección del asegurado	205
2.- La financiación en el modelo propuesto	207
2.1. Financiación por unidad de prestación sanitaria	209
2.1.1. Concepto de unidad de prestación sanitaria	209
1.- Acto médico unitario ambulatorio	209
2.- Acto médico por proceso ambulatorio	209
3.- Acto médico por proceso hospitalario	210
4.- Capitativos para atención de urgencias	210
5.- Capitativos para servicio de ambulancia	210
2.1.2. Contenidos a financiar por unidad de prestación	211
1.- Precio Prestación Sanitaria Básica: PSB	211
2.- Precio Inversiones no Reversibles: PI	211
3.- Precio Educación y Formación: PE	212
4.- Medicamentos	213
2.1.3. Confección y actualización armonizada de baremos de precios a financiar por prestación sanitaria	214
2.2. Sistema de Financiación de Inversiones Sanitarias	216
2.3. Sistema de Financiación de la Formación Sanitaria	217
2.3.1. Asociado a prestaciones sanitarias básicas	218
2.3.2. Asociado a un sistema capitativo	218
2.4. Sistema de Créditos Sanitarios para Inversiones	219
2.4.1. Banco de Crédito Sanitario	220
2.4.2. Sistema de Créditos Sanitarios	221

2.4.3. Tipos de Interés de Créditos Sanitarios	222
2.4.4. Reembolsos de Créditos Sanitarios	223
2.5. Una propuesta de Copago	224
2.5.1. Descripción situación actual	224
2.5.2. Valoración situación actual	225
2.5.3. Alcance de la propuesta	226
1.- Igualdad de todos los ciudadanos respecto de los copagos	226
2.- Ampliar los tramos de rentas actuales	227
3.- Ampliar los conceptos de copagos	228
2.5.4. Propuesta de copago asistencial	228
2.5.5. Procedimiento tickets de consultas	228
2.5.6. Propuesta copago farmacéutico según renta	229
2.6. Fundación Asistencial Sanitaria	232
2.6.1. Antecedentes	232
2.6.2. Objeto y ámbito	234
2.6.3. Aspectos normativos de fundaciones	235
2.6.4. Beneficiarios	236
2.6.5. Fuentes de financiación	237
3.- La provisión	239
3.1. El contrato de concierto	241
3.2. Centros Públicos Concertados	244
3.2.1. Modalidades de concertación	246
3.3. Centros Privados Concertados	248
3.3.1. Modalidades de concertación	248
4.- Análisis de las ventajas e inconvenientes del modelo propuesto	251
4.1. Ventajas del modelo.	253
4.1.1. Garantiza la igualdad de los españoles	253
4.1.2. Asigna equitativamente los recursos públicos	253
4.1.3. Garantiza la sostenibilidad del SNS	254
4.1.4. Mejora la financiación-gestión autonómica	254
4.1.5. Facilita la integración de MUFACE, MUGEJU e ISFAS en el SNS	256
4.1.6. Desaparecen las listas de espera	257
4.1.7. Facilita abordar mejor la obsolescencia tecnológica sanitaria	258
4.1.8. Aumenta la responsabilidad y satisfacción de los asegurados	258
4.1.9. Aumenta la calidad asistencial	259
4.1.10. Facilita la introducción del copago	259
4.2. Inconvenientes del modelo	261
4.2.1. Estímulos para recomendar un exceso de cuidados médicos a fin de aumentar los ingresos	261
4.2.2. Estímulos para recetar un exceso de medicamentos en connivencia con terceros	262
4.2.3. Herramientas de control sugeridas	262
1.- Estándares de frecuentación	262
2.- Auditoría Externa de gestión de centros	

	Concertados	263
	3.- Inspección médica	263
	4.- Copago de los asegurados	264
	5.- Régimen disciplinario	264
	5.- La implementación del modelo propuesto	265
	5.1. Modificaciones legales necesarias	267
	5.1.1. Principios del modelo propuesto	267
	5.1.2. Competencias de las administraciones públicas	270
	5.1.3. La provisión y la financiación	271
	5.1.4. Estatuto de los centros públicos	272
	5.1.5. De la docencia y la investigación	272
	5.2. Cuadro de fases y tareas	273
	5.3. Convocatoria y requisitos a cumplir	274
	5.4. Due diligence y Check-List de requisitos	275
	5.5. Obligaciones para mantener el concierto	276
CAPITULO VII	CONCLUSIONES	279
	BIBLIOGRAFIA	291
	LISTA DE CUADROS	
	Cuadro 1: Comparativo de la provisión de los servicios sanitarios en la UE – 15	45
	Cuadro 2: Esquema básico de bienes públicos y privados	49
	Cuadro 3: La condición de asegurado en el RDL 16/2012	82
	Cuadro 4: Copago de medicamentos en el SNS. Datos a Enero 2015	86
	Cuadro 5: Porcentaje de equipo según antigüedad	118
	Cuadro 6: Factores que inciden en la falta de sostenibilidad del SNS	127
	Cuadro 7: El copago de los medicamentos y servicios en la UE – 15	138
	Cuadro 8: Evolución de la deuda española sobre PIB	155
	Cuadro 9: Informe Euro Health Consumer Powerhouse de 2017	178
	Cuadro 10: EUROHEALTH CONSUMER INDEX 2017	179
	Cuadro 11: Características de los sistemas de provisión y libre elección de seis países europeos	184
	Cuadro 12: Relación existente entre eficacia y eficiencia	202
	Cuadro 13: Gasto en sanidad 2014-2016 en autonomías	219
	Cuadro 14: Copago de medicamentos en SNS 2015	224
	Cuadro 15: Propuestas nuevos tramos de copago según renta	227
	Cuadro 16: Propuesta nuevos porcentajes de copago farmacéutico	230
	Cuadro 17: Resumen sugerencias de copagos farmacéuticos y asistenciales	231
	Cuadro 18: Gasto sanitario público por Comunidades Autónomas	255
	Cuadro 19: Tareas y fases implantación modelo	

propuesto 273

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1: Evolución Deuda / PIB	155
Gráfico 2: Diagrama Fundamentos y Condiciones de Financiación del SNS	158
Gráfico 3: Organización del Sistema de Prestación Sanitaria Pública propuesta Prof. Barea	170
Gráfico 4: Diagrama Básico del Modelo de Financiación y Provisión propuesto	197

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AE	Consulta de Atención Especializada
AP	Consulta de Atención Primaria
AT	Atención Terapéutica (Radioterapia, fisioterapia, etc)
AU	Consulta de Atención de Urgencias
CE	Constitución española de 1978
CEDH	Convenio Europeo de Derechos Humanos
CEE	Comunidad Económica Europea
CESM	Confederación Estatal de Sindicatos Médicos
COCIR	Comité Europeo de Coordinación de la Industria de Electro- medicina, Radiología y Cuidado de Salud
CSE	Carta Social Europea
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
FACME	Federación de Asociaciones Científico médicas españolas
FENIN	Federación Española de Empresas de Tecnologías Sanitarias
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
LGS	Ley General de Sanidad
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ONU	Organización de Naciones Unidas
PD	Pruebas Diagnósticas
PET	Tomografía por emisión de positrones
PIB	Producto Interior Bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
RDL	Real Decreto Ley
RM	Resonancia Magnética
SEEIC	Sociedad Española de Electro-medicina e Ingeniería Clónica
SEMERGEN	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SEMG	Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
SEMFYG	Sociedades Españolas de Medicina de Familia y Comunitaria
SERAM	Sociedad Española de Radiología Médica
SISLE	Sistema de Información sobre Listas de Esperas Sanitarias
SNS	Sistema Nacional de Salud
TC	Tomografía Computarizada
TUE	Tratado de la Unión Europea
UE	Unión Europea

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas e instituciones que han colaborado para hacer posible esta tesis doctoral.

En primer lugar, a la directora de la misma, la profesora doctora Dña. Ana María Marcos del Cano, por su dedicación, exigencia y orientación del trabajo de investigación realizado, sin cuyo ejemplo, conocimiento y entrega no hubiese sido posible su realización. Le agradezco sinceramente su constante apoyo y tiempo dedicado.

Una persona también importante en el desarrollo de esta tesis ha sido el codirector de la misma el profesor doctor D. Javier Salinas Jiménez, quien con su disponibilidad y conocimiento ha sido un cooperador imprescindible, y al que quiero expresar mi agradecimiento por su generosidad y sacrificio y su inmensa capacidad de trabajo.

Especial agradecimiento le debo a mi hija y profesora doctora Lourdes María Jerez Barroso, por su apoyo y colaboración, haciendo posible la realización de esta tesis doctoral. Del mismo modo agradezco al profesor doctor Martinho Vicente Rodrigues, director del Centro de Investigación Joaquim Veríssimo Serrão, de Santarém, Portugal, por todo el apoyo prestado, y al profesor doctor Alberto González Rodríguez, por su valiosísima ayuda y colaboración. También debo reconocer la imprescindible colaboración recibida de Anselmo Fernández-Blanco Amador en las tareas de composición del texto, cuadros y gráficos de esta tesis. A todos ellos les reitero mi profundo agradecimiento.

Finalmente quiero agradecer a mi esposa y a mis hijos y nietos, su comprensión y apoyo, y para compensarles por las ausencias debidas al trabajo de elaboración de esta tesis, a ellos va dedicada.

DEDICATORIA

A María del Carmen, Lourdes María, Carmen,
José Pedro, María Inmaculada, María Blanca,
Pablo, María Guadalupe, Francisco Javier,
José Carlos y María del Rocío.

INTRODUCCION GENERAL

INTRODUCCION GENERAL

El derecho a la protección de la salud, recogido en la Constitución española en su artículo 43, se configura dentro de las obligaciones de los poderes públicos, y además tiene un alto nivel de protección internacional en diversas Declaraciones y Pactos. Así, la Declaración Universal de Derechos Humanos¹ declara 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.” Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales² reconoce el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

El derecho a la protección de la salud tiene un contenido amplio, además de ser un derecho a estar sano, se configura con una serie de libertades y derechos. Así, el derecho a controlar su salud y su cuerpo, la libertad sexual y genésica, el derecho a no padecer injerencias, a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consentidos, y el derecho de disfrutar del más alto nivel posible de salud.

En España el artículo 43 de la Constitución (CE) recoge el derecho a la protección de la salud en los siguientes términos:

- “ 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.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su Exposición de Motivos, expresa que “es el reconocimiento en el artículo 43 CE y en el 49 CE del derecho de todos los ciudadanos a la protección a la salud, derecho que para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlos”, con lo que se completa la positivación del derecho de protección de la salud.

¹ ONU. 1948, artículo 25.1

² ONU. 1966, artículo 12.1

INTRODUCCION

En España el modelo sanitario implantado es el conocido como Sistema Nacional de Salud (SNS), universal y gratuito, financiado a través de los impuestos. En la práctica el derecho de protección de la salud se materializa a través de las Comunidades Autónomas, con financiación pública y provisión de las prestaciones sanitarias en una red asistencial mayoritariamente pública y con reducida presencia de provisión privada. Se han realizado algunas iniciativas para flexibilizar la gestión de los centros sanitarios, cambiando el estatuto jurídico de los centros públicos que podrían pasar a convertirse en instituciones de derecho privado, por ejemplo, Fundaciones, Empresas públicas, Consorcios, Sociedad mercantil, Organismo Autónomo Comercial, incluso la Concesión Administrativa, pero con resultados desiguales y no del todo convincentes. Mientras tanto, las listas de espera para intervenciones quirúrgicas o consultas con especialistas siguen siendo muy altas, influenciadas por el envejecimiento de la población; la obsolescencia de la tecnología sanitaria es cada vez mayor; existe una atención desigual a los asegurados fuera de su autonomía de residencia y, además, se está produciendo una distorsión de la financiación de las autonomías por el alto porcentaje de los presupuestos dedicados a gasto sanitario. El modelo presenta síntomas e ineficiencias que ponen de manifiesto su falta de sostenibilidad.

Además, la crisis económica vivida en el mundo occidental entre 2008 – 2012 ha tenido unos efectos devastadores en la actividad económica que han incidido poniendo en riesgo el “Estado de Bienestar”, incluyendo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, que se encontró en “una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación”³, lo que justificó la publicación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, implantando medidas que tratan de corregir ciertas ineficiencias, como la ausencia de normas sobre la condición de asegurado, las prestaciones desiguales del catálogo, la adecuación de las prestaciones a la realidad socioeconómica y la falta de rigor y énfasis en la eficiencia del Sistema.

En este contexto, por su especial transcendencia social, política y económica, consideramos justificado el estudio de los problemas que plantea el actual diseño del Sistema Nacional de Salud y las posibles alternativas de reforma hacia una estructura de separación de la financiación y la provisión de las prestaciones sanitarias. En esta línea nos hemos centrado en el diseño de un modelo alternativo que, en nuestra opinión, mejor responde a la necesaria reforma del SNS.

³ RDL 16/2012, de 20 de abril, Exposición de Motivos I

Con este objetivo hemos estructurado la tesis en cuatro partes, cuyo contenido resumimos a continuación.

En la primera parte revisamos el derecho a la protección de la salud, especialmente su naturaleza jurídica, contenidos, su regulación y también analizamos la jurídica cuestión sobre si la salud es un bien público o un bien privado.

En la segunda parte analizamos la aplicación del derecho de protección de la salud y el actual Sistema Nacional de Salud en España, e identificamos mediante un análisis exhaustivo las ineficiencias y problemas que justifican una reforma profunda del sistema de financiación y provisión existente. Del mismo modo, exponemos los distintos modelos de gestión, paralelos al SNS, que se han puesto en marcha.

En la tercera parte analizamos la necesidad de la reforma del Sistema Nacional de Salud, especialmente la financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, sus fundamentos y los modelos de gestión de la provisión de las prestaciones sanitarias en Europa.

La cuarta parte la dedicamos a formular una propuesta de reforma del Sistema Nacional de Salud, con un modelo alternativo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, basado en los principios de competencia, eficacia, eficiencia y libre elección de los asegurados entre centros concertados públicos y privados, y simultáneamente con la propuesta de creación de un Banco de Crédito Sanitario, una propuesta de copago y la creación de una fundación asistencial sanitaria para resolver la asistencia sanitaria a los “sin papeles”, en caso de que fuera necesario si bien con el reciente Real Decreto 7/2018, de 30 de julio, sobre el acceso universal Sistema Nacional de Salud, se les ha devuelto el derecho a la asistencia sanitaria.

La tesis finaliza con un resumen de las principales conclusiones obtenidas y se indican algunas posibles extensiones de la investigación realizada.

PRIMERA PARTE

EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

INTRODUCCION PARTE PRIMERA

INTRODUCCION PARTE PRIMERA

La primera parte de este trabajo lo dedicamos a estudiar el derecho de protección de la salud, su naturaleza y fundamentos jurídicos, desde un punto de vista tanto internacional como nacional.

Respecto de su naturaleza jurídica, profundizamos en analizar si puede considerarse un derecho fundamental y de qué manera se encuentra positivizado en el ordenamiento jurídico español.

Analizamos la naturaleza política del concepto sanidad para responder a la pregunta ¿la sanidad es un bien público o un bien privado?

Paralelamente se estudia cómo se materializa este derecho en la Unión Europea, centrándonos en los países que conforman la UE – 15 por estimar que sus características sociales y económicas son más homogéneas con las de España y por ello es una muestra más apropiada para poder comparar.

Se realiza un estudio jurídico y operativo de la legislación positiva que regula este derecho, especialmente la Ley 14/1986 General de Sanidad y la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente.

CAPITULO I. EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

1. NATURALEZA JURIDICA DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

1.- Naturaleza jurídica del Derecho a la Protección de la Salud

El derecho a la protección de la salud se recoge en la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU 1948), donde en su artículo 25.1. se declara:

“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.”

Del mismo modo, el derecho a la protección de la salud figura incorporado en el artículo 12.1. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU 1966) al reconocer el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”

El derecho a la protección de la salud es un derecho de vital importancia para el disfrute de los demás derechos humanos, como el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación, etc, por lo que podemos considerar es un “a priori” para el disfrute de los demás derechos fundamentales.

Es evidente que ningún Estado puede garantizar totalmente la buena salud, ni proporcionar protección contra todas las causas de una mala salud de la persona. Existen factores genéticos, estilos de vida poco apropiados o arriesgados que suelen influir en la calidad de la salud de la persona y también el azar. Por ello, el derecho al “más alto nivel posible de salud” debe entenderse como un derecho al disfrute de bienes, servicios y condiciones, dentro de los recursos con que cuentan los Estados.

En España, este derecho está recogido como principio rector en el artículo 43 de la Constitución española, cabe cuestionarse cuál es la naturaleza y alcance del derecho a la protección de la salud, es decir, ¿se trata de un derecho fundamental? ¿se puede asimilar al derecho a la vida?, ¿cuáles son sus límites?

“Preguntarse por la naturaleza de algo es asunto grave, ya que se trata de una pregunta radical (no en vano, la propia palabra naturaleza tiene la misma raíz

que nascor: nacer), puesto que se indaga a qué tipo de realidades pertenece ese algo por cuya naturaleza preguntamos y que le hace constituirse en lo que es.”⁴

Desde el punto de vista del derecho internacional de los derechos humanos, el derecho a la protección de la salud figura en un lugar preeminente, bien como parte integrante de otros derechos, como límite al ejercicio de otros derechos, o como un derecho con entidad propia.

En este reconocimiento en el plano internacional debe destacarse que la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, incluye derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Aunque esta declaración no implica por si misma una obligatoriedad para los Estados miembros de las Naciones Unidas, es innegable su influencia político-jurídico para los Estados. De hecho, en el caso de España, el artículo 10.2. de la Constitución declara:

“Artículo 10.2. Las normas relativas a los derechos fundamentales que la Constitución reconoce, se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.”

Por otro lado, de la lectura del artículo 25.1. de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y los tres primeros artículos de dicho texto⁵, podemos concluir que se reconoce a toda persona los derechos básicos, poniendo énfasis en el principio de no discriminación. No solo se hace mención al Derecho a la Salud, además se menciona el derecho a la asistencia médica de forma personalizada.

⁴ ESCALONA, G, en *Pasado, Presente y Futuro de los Derechos Humanos*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2004 UNED, p. 127

⁵ **Artículo 1.** Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, ratificado por España en 1977, mejora en algunos aspectos el contenido de la Declaración Universal de Derechos Humanos, al darle valor jurídico al quedar incorporados en el Tratado, afianzando estos derechos. Este Pacto tiene como destinatario a “toda persona” y obliga al Estado a respetar los derechos enunciados en un plano igualitario y sin ninguna discriminación hacia las personas, especialmente la accesibilidad a los servicios de salud de los colectivos más vulnerables, y establece que los Estados no pueden establecer medidas regresivas en relación al reconocimiento de este derecho, salvo en situaciones suficientemente justificadas.

La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que desarrolla el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce la salud como “un derecho humano fundamental e indispensable para ejercicio de los demás derechos”⁶.

Respecto de cómo se puede llevar a cabo su justiciabilidad para hacer efectivo su cumplimiento, el PIDESC en su artículo 16⁷ establece un procedimiento basado en la presentación de informes sobre las medidas adoptadas por los Estados que puedan considerarse contrarias al pacto, que es un Tratado Internacional, dirigido al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, quienes emitirán, en su caso, una recomendación, aunque sabemos que no tiene carácter vinculante. Sin embargo, se ha producido un avance en la justiciabilidad de este derecho mediante la aprobación del Protocolo Facultativo PIDESC de 2008, que incluye un procedimiento mediante el cual, las personas o grupos de personas que estén bajo la jurisdicción de un Estado Parte podrán presentar, en caso de violación de algún derecho establecido en el Pacto, una comunicación.

En el marco del Consejo de Europa, existe el Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1953 (CEDH) que es de aplicación en España por haberlo ratificado

⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General nº 14 (2000) relativos “al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 12 del PIDESC), párrafo 1

⁷ “Artículo 16.1. Los Estados Parte en el presente pacto, presentaran sus informes por etapas, con arreglo al programa que establecerá el Consejo Económico y Social en el plazo de un año desde la entrada en vigor del presente Pacto, previa consulta con los Estados Partes y con los organismos especializados interesados.”

en 1979. El Convenio no incluye el derecho de salud, se centra principalmente en derechos civiles y políticos, y se dejó a la protección de los llamados derechos sociales a la Carta Social Europea.

La Carta Social Europea de 1961 (CSE), fue ratificada en su integridad por España en 1980. Incorpora un amplio elenco de derechos económicos y sociales y reconoce nítidamente el derecho a la salud. En el artículo 11 de la Carta⁸, los Estados se comprometen a proteger la salud, mediante la implementación de medidas adecuadas para eliminar las causas de salud deficientes, el establecimiento de servicios que tiendan a la mejora y a la prevención de enfermedades. El artículo 13 de la Carta⁹ señala que para garantizar el ejercicio efectivo del derecho, las partes se tendrán que comprometer a velar para que toda persona pueda obtener una asistencia adecuada y en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado. Es de resaltar que el Anexo a la Carta se dispone que solo comprenden a los extranjeros que residan legalmente o trabajen regularmente en el Estado Parte, por lo que la población inmigrante irregular quedaría excluida de su ámbito de protección.¹⁰

Por su parte, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000), que entró en vigor por el Tratado de Lisboa adquiere el mismo carácter jurídico que los Tratados conforme al artículo 6 del Tratado de la Unión Europea. Esta Carta está considerada como un paso importante para la consecución de los valores propios del constitucionalismo. Entre los derechos que reconoce se encuentra el de Derecho a la Protección de la Salud, recogido en el artículo 35:

“Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y

⁸ “Artículo 11. Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar”

⁹ “Artículo 13. Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica”

¹⁰ Anexo Carta Social. Ámbito de aplicación de la Carta Social en lo que se refiere a las personas protegidas. “Artículo 1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 12, párrafo 4, y en el artículo 13, párrafo 4, las personas a que se refieren los artículos 1 a 17 solo comprenden a los extranjeros que, siendo súbditos de otras Partes Contratantes, residan legalmente o trabajen regularmente dentro del territorio de la Parte Contratante interesada, entendiéndose que los artículos precitados se interpretaran a la luz de las disposiciones contenidas en los artículos 18 y 19”

prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.

En el caso concreto de España, el artículo 43 de la Constitución española de 1978 (CE), recoge el derecho a la protección de la salud en los siguientes términos:

- “ 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.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

Con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se concretó el derecho fundamental a la protección de la salud, seguida posteriormente con la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, con lo que se concretan los derechos de los pacientes a fin de alcanzar el nivel más alto posible de salud, se garantiza la igualdad de las prestaciones en todo el territorio nacional.

Debemos reseñar que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su Exposición de Motivos II, declara “es el reconocimiento en el artículo 43 y en el artículo 49 de nuestro texto fundamental del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlos.”

En consecuencia, el derecho a la protección de la salud está reconocido en la Ley 14/1986, con fundamento en el principio rector constitucional que declara el artículo 43 CE.

Con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se concretó el derecho a la protección de la salud, seguida posteriormente con la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, con lo que se concretan los derechos de los pacientes a fin de alcanzar el nivel más alto posible de salud.

2. CONTENIDO DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

2. Contenido del derecho a la protección de la salud

En realidad, el contenido del derecho a la protección de la salud viene determinado por unas exigencias de justicia y universalidad que hacen que este derecho se califique como un derecho humano al que cualquier persona debe tener acceso, independientemente de las circunstancias en las que se encuentre. Este contenido se ha plasmado tanto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos como en el Pacto Internacional que a continuación veremos.

El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966) reconoce el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”

Como hemos afirmado anteriormente, el derecho a la protección de la salud tiene un contenido amplio, además de ser un derecho a estar sano, se configura con una serie de libertades y derechos. Así, el derecho a controlar su salud y su cuerpo, la libertad sexual y genésica, el derecho a no padecer injerencias, a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consentidos, y el derecho de disfrutar del más alto nivel posible de salud.

“La determinación del “más alto nivel posible de salud” debe tener en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse, únicamente, desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos, porque, en particular, ningún estado puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. ”¹¹

“Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la iniquidad en los resultados sanitarios. El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del

¹¹ RAMIRO, M.A. “Derecho a la protección de la salud y los Derechos de los pacientes”. www.tiempodelosderechos.es (consultada el 23 de noviembre de 2017)

derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos”¹².

Siguiendo los esquemas que figuran en las dos citas anteriores, hemos elaborado la siguiente clasificación:

- (i) No discriminación:** El principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

- (ii) Disponibilidad.** Cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular del nivel de desarrollo de cada Estado.

- (iii) Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - a) No discriminación:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

 - b) Accesibilidad física.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/Sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia, potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso a lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la

¹² OMS. Centro de prensa, nota descriptiva n° 323, Diciembre 2015

accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

c) Accesibilidad económica (asequibilidad): Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todo. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud, deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaigan una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los datos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

d) Acceso a la información: Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados confidencialmente.

(iv) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

(v) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

(vi) Rendición de cuentas. Los estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.

(vii) Universalidad. Los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas en cualquier lugar del mundo deben poder ejercerlos.

Siendo este el contenido de la Declaración y Pactos Internacionales, éste último vinculante para España, hay que establecer cuáles son las prestaciones concretas que debe tener ese derecho en nuestro país y de qué modo puede ser sostenible. Y eso lo veremos a lo largo del trabajo de esta tesis doctoral.

3. EL DERECHO COMPARADO EN LA UE – 15

3. El Derecho Comparado en la Unión Europea

3.1. Introducción

Nos vamos a centrar en los países que conforman la UE – 15 por estimar que sus características sociales y económicas son más homogéneas con las de España y por ello es una referencia más apropiada.

Los sistemas sanitarios de estos países se configuran en dos grandes subsistemas, uno basado en sistemas nacionales de salud financiados a través de los impuestos, modelo Beveridge y otro basado en sistemas de seguridad social financiado por cotizaciones sociales obligatorias, modelo Bismarck. En ambos casos, la financiación es eminentemente pública.

3.2. Modelo de Sistema Nacional de Salud (Modelo Beveridge)

El modelo Beveridge, debe su nombre a William Beveridge, que presidió la Comisión Parlamentaria en Inglaterra, encargada de emitir un Informe al Parlamento inglés, que fue presentado el 22 de noviembre de 1942.

Las características básicas del llamado modelo Beveridge son:

- 1.- Tendencia hacia la universalización.
- 2.- Se basaba en la unificación de los riesgos, la protección deriva de la situación genérica de necesidad.
- 3.- La financiación depende en su mayoría del presupuesto del Estado.
- 4.- Se busca una gestión unificada administrativa y pública.
- 5.- Sistema Nacional de Salud

En la UE – 15, ocho países siguen el modelo Beveridge:

- Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y España.

Se rige por el modelo de sistema nacional de salud, siendo su financiación sanitaria mayoritariamente a través de los impuestos. Este modelo se basa en la solidaridad (quien más renta y patrimonio tiene, más paga) y el resto de los

impuestos recaudados y redistribuidos en los Presupuestos Generales del Estado (IVA, hidrocarburos, alcohol, tabaco, electricidad, etc).

3.3. Modelo de Seguridad Social (Modelo Bismarck)

Por su parte, en Alemania, Bismarck instituyó en 1833 un Sistema de Seguros Sociales, para proteger a los trabajadores contra enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez. El aspecto principal es la obligación de afiliación y cotización en base a la retribución recibida.

Las características básicas del denominado Modelo Bismarck son:

- 1.- La cobertura depende de la condición laboral del individuo.
- 2.- Se caracteriza por un régimen de seguros múltiples.
- 3.- La financiación depende de las cotizaciones del asegurado, del asegurador y en ocasiones la contribución del Estado.
- 4.- Hay una administración diferenciada de cada riesgo, e incluso de los colectivos asegurados.

En la UE – 15, siete países siguen el modelo Bismarck:

- Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos.

Tienen un modelo de sistema de seguridad social en el que las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores son la principal fuente de financiación. Los fondos de enfermedad se organizan según categorías profesionales y pueden ser más o menos numerosos. En estos sistemas también los impuestos generales intervienen financiando las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura o ciertos tipos de asistencia básica pública, como las vacunaciones o los servicios de salud maternos.

3.4. La provisión de los servicios

En los países de la UE – 15 es de resaltar que tienen una cartera de servicios definida a nivel central, España, Italia, Reino Unido, Alemania, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Países Bajos. Los ciudadanos de Dinamarca, España y Reino Unido, tienen acceso gratuito, sin copago alguno, a las consultas de atención primaria, a las consultas ambulatorias de atención especializada, en los ingresos hospitalarios y en el acceso a los servicios de urgencias. Todos los

EL DERECHO DE PROTECCION DE LA SALUD EN ESPAÑA: UNA PROPUESTA DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

países de la UE – 15 tienen diferentes modelos de copago para los medicamentos usados en atención ambulatoria, como puede observarse en el cuadro 1.

Cuadro 1
COMPARATIVO DE LA PROVISION DE LOS SERVICIOS EN LA UE – 15

PAIS	TIPO SISTEMA	CARTERA SERVICIO CENTRAL	MODO PROVISION EN AP	% DE PROVISION PUBLICA EN HOSPITALES	LIBERTAD ELECCION MEDICO AP	FILTRO ACCESO ESPECIALISTA	PROBLEMA DE LISTA DE ESPERA
DINAMARCA	SNS	NO	PRIVADA	97	LIMITADO	SI	SI
ESPAÑA	SNS	SI +	PUBLICA	75	LIMITADO	SI	SI
FINLANDIA	SNS	NO	PUBLICA	89	LIMITADO	SI	SI
IRLANDA	SNS	NO	PRIVADA	100	SI	PARCIAL	SI
ITALIA	SNS	SI -	PUBLICA	81	SI	SI	SI
PORTUGAL	SNS	NO	PUBLICA	86	LIMITADO	SI	SI
REINO UNIDO	SNS	SI -	PRIVADA	96	SI	SI	SI
SUECIA	SNS	NO	PUBLICA	98	LIMITADO	NO	SI
ALEMANIA	SSS	SI -	PRIVADA	49	SI	SI	NO
AUSTRIA	SSS	NO	PRIVADA	72	SI +	NO	NO
BELGICA	SSS	SI +	PRIVADA	34	SI +	NO	NO
FRANCIA	SSS	SI +	PRIVADA	66	SI	NO	NO
GRECIA	SSS	NO	PRIVADA	69	SI +	NO	SI
LUXEMBURGO	SSS	SI +	PRIVADA	68	SI	NO	NO
PAISES BAJOS	SSS	SI +	PRIVADA	0	SI	SI	SI

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Health in transition (OMS). OECD Health Working Papers No. 50: Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries.

En los sistemas de copago europeos, está generalizado el uso de mecanismos de protección de los colectivos más vulnerables, que garantizan la atención a grupos en desventaja y la promoción de objetivos de salud pública.

Entre los mecanismos de protección de los colectivos más vulnerables, podemos citar la exención o baja aportación en la prescripción de medicamentos, visitas médicas, atención en urgencias (según se justifique

necesaria o no), hospitalización, etc. En todo caso estos colectivos tienen unas exenciones o límites de pago que deben ser modulados por renta y otras condiciones personales.

La proporción del PIB que los países de la UE dedican a bienes y servicios sanitarios está cerca del 9 %, aunque es muy variable entre los diferentes territorios, oscilando en un rango que va desde el 12 % de los Países Bajos al 5,9 % de Rumania. En 2014 en España el gasto en Salud fue de 9,2 % del PIB, del cual un 6,4% fue financiado con recursos públicos, y un 2,8% con recursos privados, lo que supone el mismo gasto que en 2010.

En relación a la población el gasto sanitario total ha disminuido de 2.149 euros por habitante en el año 2010 a 2.058 euros por habitante en 2014, lo que supone un decremento anual medio del 1,1% en el quinquenio.¹³

Los países de la UE dedican como promedio alrededor del 1,6 % de su PIB al gasto farmacéutico, con un rango que va desde menos del 1% en Luxemburgo y Dinamarca a más del 2,5 % de Hungría, Grecia y Bulgaria. En España, el 1,6 % del PIB se dedica a gasto en medicamentos y productos sanitarios, lo que representa el 17,4 % del gasto sanitario total.

¹³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016, p. 261.

4. LA SALUD COMO BIEN PUBLICO

4. La salud como bien público

La cuestión de diferenciar los bienes públicos y privados no es una cuestión baladí, por el contrario, se trata de un asunto que puede ser trascendente desde un punto de vista social y político.

En general, se define un bien público como aquel cuyo consumo es indivisible y que puede ser consumido por todos los miembros de una comunidad sin excluir a ninguno, por ejemplo, el alumbrado público o una carretera. Por el contrario, un bien privado es aquel que cuando se usa o se consume se impide que otra persona lo haga, por ejemplo, cuando uno se compra un coche o una barra de pan, implícitamente está impidiendo que otras personas disfruten de ese bien.

Esquemáticamente podría representarse así:

Cuadro 4 ESQUEMA BASICO BIENES PUBLICOS Y PRIVADOS	
BIEN PUBLICO	BIEN PRIVADO
CONSUMO INDIVISIBLE CONSUMO SIN EXCLUSION CONSUMO SIN RIVALIDAD	CONSUMO DIVISIBLE CONSUMO CON EXCLUSION CONSUMO CON RIVALIDAD

Fuente: Elaboración propia.

Los bienes que reúnen a la vez las características de sin exclusión (no excluyentes) y sin rivalidad (no rivales), se conocen con el nombre de bienes públicos puros, y las necesidades que satisfacen no pueden ser atendidas por el mercado, “ya que el coste marginal de que un individuo adicional disfrute de ellos es cero, mientras que el coste de excluir un individuo del servicio es infinito. Esta es la razón de que tales bienes tengan que ser suministrados por el poder público y financiados de manera coactiva.”¹⁴

Por tanto, aparecen dos tipos básicos opuestos, los bienes privados suministrados por el mercado, y los bienes públicos suministrados por el Estado.

¹⁴ BAREA, J. “Papeles de Economía Española”, número 69, 1996, p. 54

Naturalmente, existen un conjunto de bienes privados (no cumplen las dos características de los bienes públicos puros) que son suministrados total o parcialmente por el sector público. Entre ellos la educación, la sanidad, las pensiones, el desempleo y la asistencia social. No existe una razón única para que los bienes de protección social deban financiarse públicamente. En el caso de la sanidad, “la teoría está fundamentada en fallos del mercado, problemas de riesgo moral, necesidad preferente, distribución de la renta (equidad en el acceso), problemas de selección adversa de riesgos y costes de transacción elevados.”¹⁵

En la estructura del Gasto Público español, se suele realizar una clasificación de estas características:

A) Bienes públicos

- Defensa Nacional
- Servicios Generales

B) Bienes privados suministrados públicamente

- Prestaciones sociales
- Pensiones
- Desempleo
- Otras prestaciones

- Bienes preferentes

- Educación
- Sanidad
- Vivienda
- Otros servicios comunitarios

C) Gastos intervención económica

- Servicios económicos
- Subvenciones de explotación
- Inversiones
- Transferencias de capital
- Otros
- Intereses deuda pública

D) Ajustes en clasificación

GASTOS TOTALES (A+B+C+D)

A la vista de esta estructura, podemos llegar a la conclusión evidente de que la sanidad es un bien privado suministrado públicamente, como bienes sociales redistribuidos. “Es un bien privado financiado públicamente”¹⁶

¹⁵ Ibídem. p. 55

¹⁶ Ibídem, p. 52

La Sanidad es un bien privado “reúne todas las condiciones para serlo, como el requisito de exclusión, el de rivalidad o el de consumo. Cuando yo hago uso de un recurso sanitario, nadie más puede hacerlo. Esto no se da en otros bienes como la defensa o el orden público, que son bienes públicos puros. El tiempo que un especialista me dedica a mí, no puede ser compartido por otro paciente”¹⁷.

“El hecho de que la financiación sea pública no supone que la gestión haya de ser también necesariamente pública. La ausencia de competencia está provocando que se financie el coste, sea éste el que sea, y no se pague por producción. La producción no es pública, y si queremos la máxima eficiencia, deberemos entrar en un mercado de competencia con libre elección”.¹⁸

¹⁷ BAREA, J., “Diario Médico”, 16-04-01, p.12

¹⁸ Ídem

**CAPITULO II. LA REGULACION JURIDICA DEL DERECHO A LA
PROTECCION DE LA SALUD EN ESPAÑA**

1. LA CONSTITUCION ESPAÑOLA

1.- La Constitución española

El artículo 43 de la Constitución española de 1978 (CE), recoge el derecho a la protección de la salud en los siguientes términos:

- “ 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.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

La cuestión de la clasificación de los derechos fundamentales en función del grado de tutela o garantía que a los respectivos derechos concede el texto constitucional español no es una tarea pacífica, debido a la sistemática de positivación de los derechos fundamentales que adopta nuestra Constitución.

No existe una clasificación metodológica en función de los niveles de tutela de los diversos tipos de derechos, si bien ha de reconocerse que en el campo del Derecho comparado no existen tampoco criterios unánimes ni a efectos clasificatorios ni en uso terminológico.

Por otro lado, es necesario, antes de avanzar, acudir a las clasificaciones o status, según Jellinek ¹⁹, en que se puede encontrar el individuo en relación con el Estado:

a) El status pasivo o status subjectionis

Es una relación de sumisión del individuo con el Estado. Se centra en el deber individual.

b) El status negativo o status libertatis

Es la esfera de libertad individual, de actos jurídicamente indiferentes para el Estado.

¹⁹ JELLINEK, G. Citado por Alzaga, O, y otros en “Derecho Político Español”. Tomo II. Ed. R Areces 1998, pp. 37 -38

c) El status positivo o status civilis

Es una capacidad jurídicamente protegida del individuo a exigir prestaciones positivas del Estado.

d) El status activo o status de la ciudadanía activa

Es permitir la participación del individuo, convertido en ciudadano, en la configuración de la voluntad estatal, como por ejemplo el derecho al sufragio.

Muchas son las opiniones e interpretaciones de clasificación de los derechos fundamentales en función de su garantía constitucional que ofrece la Constitución española.

Siguiendo la opinión de Alzaga²⁰, podemos clasificar los derechos fundamentales de nuestra Constitución, conforme a los siguientes grupos:

a) Derechos fundamentales dotados de las máximas garantías.

Son los incluidos en la sección 1ª del Capítulo Segundo del Título I, artículos 15 a 29: El derecho a la vida y a la integridad física, la libertad religiosa e ideológica, plazo máximo de detención preventiva, derechos de los detenidos, procedimiento de habeas corpus, derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, etc.

Sin embargo, a pesar de la denominación de la sección “de los Derechos fundamentales y de las libertades públicas”, se incluye contenidos que no son ni derechos fundamentales ni libertades públicas. Por ejemplo, el artículo 20.3. CE dispone que “la ley regulará la organización y el control de los medios de comunicación social dependientes del Estado”, no proclama ni garantiza ningún derecho fundamental, y en la misma línea, el artículo 27.10 CE reconoce la Autonomía de la Universidad, en los términos que establezca la ley, se establece una garantía institucional, pero no se declara un derecho fundamental. Es decir, en la Sección 1ª del Capítulo Segundo del Título I “entre los derechos fundamentales propiamente dichos que integran tal sección hay normas de diversa naturaleza, principios organizativos, garantías constitucionales, garantías

20 *Ibidem* pp. 39-42

procesales de algunos de los cuales, claro está, pueden deducirse, en su caso y día, derechos subjetivos propiamente dichos.”²¹

b) Derechos y deberes de los ciudadanos.

Son los incluidos en la Sección 2ª del Capítulo Segundo del Título I, es decir, los relacionados en los artículos 30 a 38 CE de contenido diverso. El derecho y el deber de defender a España, la objeción de conciencia, deberes con el fisco, derecho a contraer matrimonio, a la propiedad...

Junto a derechos y deberes, se incluyen contenidos de muy diversa naturaleza, como el artículo 36 CE que determina que “la Ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales”, o el artículo 38 CE que define el marco de la economía de mercado.

c) Los principios rectores de la política social y económica.

Son los derechos que formula el Capítulo Tercero del Título I, que incluye los artículos 39 a 52 CE y que, por tanto, incluye el artículo 43 CE que recoge el derecho a la protección de la salud. Estos principios rectores, proclaman que estos derechos serán objeto de reconocimiento, respeto y protección en la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos.

Estos preceptos constitucionales no son de aplicación directa o inmediata y, por tanto, solo podrán ser alegados de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 53.3 CE ante la Jurisdicción ordinaria, de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen.

A la vista de lo expuesto, se puede afirmar que los preceptos del Capítulo Tercero del Título I de la Constitución española de 1978, están catalogados como principios rectores de la política social y económica.

Al emplear el término principios, la constitución no consagra derechos subjetivos propiamente dicho, ni pertenecen al “status negativo” de que hablaba Jellinek, directamente alegables por los particulares y ni siquiera son propiamente derechos subjetivos ubicables en el “status positivo” del mismo autor, puesto que no se trata de derechos del ciudadano a exigir del Estado acciones prestacionales. La eficacia

²¹ *Ibidem*, p. 40

jurídica de estos principios viene claramente definida en el artículo 53.3. CE: “El reconocimiento, el respeto, y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo Tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Solo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen.” Por tanto, la expresión del artículo 43.1. CE que afirma que: “Se reconoce el derecho a la protección de la salud”, es una expresión impropia, que ha sido englobada en los denominados “derechos aparentes”.²²

La condición “principios informadores”, no obstante, de acuerdo con el artículo 53.3. CE impide considerar a tales principios como normas sin contenido, obligando a tenerlos presentes en la interpretación tanto de las respectivas normas constitucionales como de las leyes.²³

Es una cuestión que no es pacífica en la doctrina ni tampoco en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, llegando este en algunas sentencias a equipararlo en protección y garantía al derecho a la vida, considerándolo así como un derecho fundamental.

Para Pinto Palacios, F “la doctrina dominante considera que estos preceptos no reconocen auténticos derechos fundamentales”, aunque reconoce que “a pesar de la eficacia limitada de estos derechos, no se puede marginar su importancia e identificarlos sin más con los llamados derechos sociales y culturales”.²⁴

Por su parte, Marcos del Cano, dice que “consideramos el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental con la misma protección de estos, por su intrínseca e indisoluble unidad al derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, además de que es un requisito previo para poder disfrutar del resto de los derechos”²⁵, desde nuestro punto de vista consideramos el derecho natural

²² JIMENEZ, J., citado por Alzaga, O, y otros en “Derecho Político Español”, Tomo II, Ed. R Areces, 1998, p. 200.

²³ SSTC 19/1982, de 5 de mayo, 15/1989, de 26 de febrero y 14/1992, de 10 de febrero, citadas por Alzaga, O, y otros en “Derecho Político Español”, Tomo II, Ed. R Areces, 1998, p. 201

²⁴ PINTO F., “Consideraciones éticas y jurídicas acerca de la exclusión de la población inmigrante del derecho a la protección de la salud”, *Dilemata*, 2015, número 19, p. 118.

²⁵ MARCOS DEL CANO, A.M. “El Derecho a la Salud desde el punto de vista ético-jurídico”, *Ius Et Scientia*, Vol. 2, 2016, p. 25

primigenio, el derecho a la protección de la salud, pero desde un punto de vista de derecho constitucional, debemos reconocer que la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud es la de “principios reconocidos” que “solo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que lo desarrollen”, según se define claramente en el artículo 53.3.CE.

Hay que añadir que sobre la naturaleza jurídica del Derecho a la Protección de la Salud en España, existe un amplio debate acerca de la exigibilidad que pueda tener los derechos no incluidos como Derechos fundamentales, que gozan del recurso de amparo del artículo 53.2. CE, no siendo así para los que se contemplan en el Capítulo III como principios rectores. El artículo 53.3. CE sobre los principios rectores indica con toda claridad que “solo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollan.”

El fondo de la cuestión que se discute, es si el Derecho a la Salud debería considerarse como un Derecho Fundamental o por el contrario mantenerse como un Principio Rector del ordenamiento, aunque se garantice el derecho en la legislación que lo desarrolle, mediante mecanismos jurídicos que impliquen una obligación ineludible para los poderes públicos. Así, se estaría ante la interpretación literal del artículo 53.3. CE, en su primera parte “El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo III informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos”²⁶

“Para que el derecho a la salud esté asegurado, en tanto no se incluya dentro de los Derechos Fundamentales, apelables directamente ante los tribunales, jurídicamente se está en una situación similar a la existente, ya que cualquier legislación es modificable por las mayorías parlamentarias, situación que es exactamente la actual”²⁷

²⁶ DIEZ-PICAZO señala que los Derechos contenidos dentro de los principios rectores del ordenamiento constitucional tienen una faceta que les salva de ser simplemente promesas incumplidas a pesar de no ser directamente invocables, ya que encarna valores o bienes jurídicos constitucionalmente dignos de protección y tienen una función primordial en la función judicial como es la de la ponderación (Sistema de Derechos Fundamentales, Madrid, Civitas Ediciones, 2008, 3ª ed, pags. 66-67), citado por MARCOS DEL CANO y MENDEZ en el Derecho a la salud. Perspectivas tras la crisis, revista de derecho UNED, num. 19, 2016, p. 178.

²⁷ MARCOS DEL CANO y MENDEZ, El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la Crisis. Revista de *Derecho UNED*, número 19, 2016, p. 178

Por otro lado, el Tribunal Constitucional, en algún pronunciamiento, ha asimilado el derecho a la protección de la salud, como el derecho a la vida, dándole la misma protección jurisdiccional²⁸.

Con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se concretó el derecho fundamental a la protección de la salud, seguida posteriormente con la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, con lo que se concretan los derechos de los pacientes a fin de alcanzar el nivel más alto posible de salud, se garantiza la igualdad de las prestaciones en todo el territorio nacional.

Debemos reseñar que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su Exposición de Motivos II, declara “es el reconocimiento en el artículo 43 y en el artículo 49 de nuestro texto fundamental del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlos.” En consecuencia, el derecho a la protección de la salud está reconocido en la Ley 14/1986, con fundamento en el principio rector constitucional que declara el artículo 43 CE.

Por otra parte, es necesario resaltar que “el artículo 43.2 CE no prescribe un *régimen público* de salud, sino que manda a los poderes públicos *organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*. Es decir, que debe existir un sistema de salud pública – y aquí el adjetivo *pública* no califica, por el género con que se utiliza, al sistema sino a la salud, siendo por tanto sinónimo de *comunitaria o general*, organizado y tutelado por la Administración, lo que sin embargo no prejuzga la forma de gestión de dicho sistema ni su régimen jurídico, de modo que el poder público podría organizar formas privadas de prestación del servicio, siempre que ejerciera efectiva y eficientemente sobre ellas su tutela.”²⁹

²⁸ Véase ATC 239/2012, que levanta la suspensión que pesaba sobre el Decreto del País Vasco 114/2012 de 26 de Junio, que establecía la titularidad universal del Derecho a la Salud al extenderlo a las personas en caso de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, citado por MARCOS DEL CANO y MENDEZ, El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la Crisis, *Revista de Derecho UNED* nº 19, 2016, p.178

²⁹ VAQUER, M., “La descentralización de la asistencia sanitaria pública en forma de fundaciones de derecho privado”, en *Derecho de la Sanidad: Seis estudios*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999, p. 154

**2. LA LEY 14/1986 GENERAL DE SANIDAD Y LA LEY 41/2002
BASICA DE AUTONOMIA DEL PACIENTE**

2. La Ley 14/1986 General de Sanidad y La Ley 41/2002 Básica Autonomía del Paciente

En este epígrafe, relaciono de un modo esquemático, los derechos básicos de los pacientes.

La Constitución española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos.

El ejercicio de este derecho se regula en la Ley 14/1986, General de Sanidad (LGS) y se concreta en:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Según la Exposición de Motivos III de la Ley 14/1986, la directriz que propone la misma descansa en la creación de un Sistema Nacional de Salud. El eje del modelo que la ley adopta son las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El objetivo principal de la Ley General de Sanidad es la universalización de la atención sanitaria: El derecho de todas las personas residentes en España a unos servicios sanitarios de calidad (artículo Uno. 2 LGS) financiado por los Presupuestos Generales del Estado y los de las Autonomías.

Con la Ley 14/1986 se configuró un Sistema Nacional de Salud, constituido por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, que serían los responsables de la gestión.

Se llevó a cabo un proceso de trasposos de los servicios de Salud Pública, los sanatorios locales, la red del Aisna, el Insalud, Hospitales Provinciales, Hospitales Clínicos y otras instituciones.

La ley impulsó también dos elementos principales del sistema de salud, la atención primaria, puerta de entrada al sistema y base de la atención familiar y comunitaria, y la reforma de los servicios de salud mental, incorporando estas prestaciones de pleno derecho en la sanidad pública, sentando las bases para promover la autonomía del paciente y su participación.

La Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, han consagrado el derecho de los pacientes y otros beneficiarios como vía esencial en la consecución de ese nivel más alto posible de salud, modificado posteriormente por el RD-ley 16/2012 solo a asegurados y volviéndose a restituir por vía del RD-ley 7/2018

Es de destacar que el artículo 1 de la Ley 41/2002 señala que “la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica” de forma que “toda actuación en el ámbito sanitario cuente con el previo consentimiento de los pacientes o usuarios” una vez que estos hayan obtenido una adecuada información.

Así mismo, en los artículos 2.6 y 4.2 se señala que los profesionales sanitarios que intervienen en la actividad asistencial están obligados “no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente” y que “la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales.”

El derecho a la información sanitaria es uno de los principales derechos en materia bio-sanitaria que ha cambiado el rol que desempeñaban las personas enfermas, pasando a tener una posición activa en el proceso de toma de decisiones, que trasciende el ámbito de la relación médico-paciente, de la búsqueda del consentimiento para una intervención sanitaria, involucrando no solo al enfermo, sino también a la familia.

El artículo 4.1 de la Ley 41/2002 establece el derecho de los pacientes “a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, toda la información

disponible sobre la misma”, y en el apartado 3 indica que no solo el médico responsable del paciente debe garantizar este derecho, sino también los demás profesionales que intervengan en el proceso asistencial o apliquen una técnica o procedimiento concreto.

El titular del derecho de la información es el paciente, que es quien desde que alcanza la mayoría de edad en el ámbito sanitario a los 16 años, puede limitar el acceso a dicha información al resto de personas (artículo 5.1. Ley 41/2002), excepto personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, salvo que el paciente manifieste expresamente lo contrario. En los casos en que el paciente sea menor de edad, pero tenga más de 12 años, o tenga incapacidad legal, la Ley 41/2002, establece que, además de informar a su representante legal, deberá ser informado “de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión” (artículos 5.2. y 9.3.c). Si la comprensión es nula, la información se dará a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho (artículo 5.3.).

La finalidad de la información es para que sirva de ayuda a la persona enferma en la toma de decisiones libres y voluntarias, y por ello debe ser verdadera, suficiente y comprensible (artículo 4.2. Ley 41/2002). Naturalmente, no puede exigirse que se transmita toda la información, sino solo aquella que sea la adecuada para el paciente y le permita decidir libre y consecuentemente.

El paciente tiene el derecho a escoger entre las opciones clínicas disponibles y negarse a recibir tratamiento, decisión que implica la necesidad de obtener información veraz, comprensible y suficiente. El artículo 10.1 Ley 41/2002 establece “una información básica que el facultativo deberá proporcionar al paciente antes de recabar su consentimiento”, cuya información dependerá de cada paciente y de cada familia, pero para ello debe utilizarse un lenguaje claro y simple, explicando lo esencial y evitando excesivos detalles, sin olvidar que el enfermo no suele tener conocimientos médicos.

La información debe comunicarse con la suficiente antelación como para que el paciente pueda asimilarla, formular preguntas, y favorecer así su proceso de consentimiento informado.

Como excepción al derecho de información, existe el caso de la necesidad terapéutica (artículo 5.4. Ley 41/2002) y el derecho a no ser informado de la

finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (artículo 4.1. Ley 41/2002), aunque es un derecho que se encuentra limitado “por la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso” (artículo 9.1. Ley 41/2002).

Por otro lado, es de destacar el derecho de escoger entre las opciones clínicas disponibles y negarse a recibir tratamiento, derechos que se recogen en los párrafos 2 y 3 del artículo 2 de la Ley 41/2002, al afirmar que “el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles” y que “todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la ley”. De este modo, la Ley 41/2002 traslada todo el peso de la decisión al paciente o usuario, pero involucra en dicho proceso decisorio al personal sanitario ya que su actividad de facilitarle “toda la información disponible”, es un requisito imprescindible para que el derecho pueda ejercerse correctamente.

Información y consentimiento van unidos, tal como señala el artículo 8.1 de la Ley 41/2002, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes y usuarios, el cual debe obtenerse después de que el paciente haya recibido una información adecuada.

Sin embargo, en circunstancias excepcionales, el ejercicio del derecho a escoger entre las distintas opciones terapéuticas disponibles, no recae en la persona enferma. Por ejemplo, cuando se trate de la participación en ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida, la mayoría de edad requerida no es la de 16 años del ámbito sanitario, sino la de 18 años, o el caso de las personas que no son capaces de tomar decisiones, por su estado físico o psíquico, o por incapacitación legal, o por tener menos de 16 años. En estos casos el consentimiento será de su representante legal, sus familiares o las personas vinculadas de hecho a él, quienes deberán tomar las decisiones.

Otro caso excepcional se produce en aquellos supuestos de actuación sanitaria de grave riesgo para la persona mayor de 16 años. En este caso, no hay sustitución, sino que la legislación solo señala que los padres serán informados, y que su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente, pero no establece el carácter determinante o no de dicha opinión, dejando sin resolver la existencia de un posible conflicto.

Lógicamente, el derecho a escoger entre las diferentes opciones clínicas dependerá de la existencia de más de una opción terapéutica, lo que no siempre existe técnicamente. Y, de existir, no todas ellas van a tener las mismas consecuencias relevantes, los mismos riesgos probables, o las mismas contraindicaciones, pues todo ello depende del estado de la ciencia en un momento determinado.

Si el paciente decide no escoger ninguna opción entre las que se le ofrecen, la Ley 41/2002 también incluye el derecho de los pacientes a negarse a recibir un tratamiento, pero no especifica si el rechazo puede ser a un tratamiento que es vital o no lo es, es decir, deja abierto a que pueda rechazarse tanto uno como otro, salvo que la enfermedad que pretenda combatirse ponga en peligro la salud pública, en cuyo caso sí puede imponerse el tratamiento e incluso el internamiento forzoso, pues es necesario proteger la salud de terceras personas que pueden verse contagiadas (artículo 9.2.a Ley 41/2002).

En el supuesto de rechazo de un tratamiento vital, cabe preguntarse si esa decisión grave e irreparable en la salud o en la vida de las personas, justifican una intervención. El principio general es que debe respetarse la voluntad de la persona y contar con su consentimiento antes de cualquier tratamiento terapéutico.

El planteamiento de la ley es claro: El paciente tiene el derecho a elegir, una vez informado, el tratamiento que se le ofrezca entre varias alternativas, y podrá rechazar las actuaciones médicas que no estime convenientes; por su parte, el facultativo sanitario está obligado a informar a sus pacientes de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas posibles.

La intervención solo podrá realizarse cuando, por razones de urgencia, el personal médico inicia el tratamiento vital para evitar el daño grave e irreparable, siempre y cuando no haya signos externos visibles en los que la persona enferma manifieste su voluntad en contra, por ejemplo el Documento de Instrucciones Previas, y no pueda consultarse con familiares o personas con un vínculo de hecho (artículo 9.2.b Ley 41/2002).

El derecho de las voluntades anticipadas se formaliza con el Documento de Instrucciones Previas y está relacionado con la autonomía de la voluntad de la persona.

En el Documento de Instrucciones Previas, las personas consignan de forma anticipada su voluntad, “con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo” (artículo 11.1. Ley 41/2002).

Este Documento de Instrucciones Previas debe otorgarse después de que la persona interesada haya sido informada sobre sus preferencias de cuidado y de tratamiento para cuando no esté en condiciones de expresarlo.

El Documento de Instrucciones Previas se hará por escrito (ante testigo, o notario) y será registrado en el órgano administrativo competente. Es conveniente que los familiares más allegados sepan de la existencia de este documento, o de la ausencia del mismo, para poder hacer valer la verdadera voluntad.

En todo caso, el principio de autonomía de la voluntad tiene límites. La Ley 41/2002 establece una serie de límites que pueden representar dificultades en el ejercicio de ese derecho. El primer límite es que la decisión que se adopta no puede afectar a derechos y libertades fundamentales de terceras personas. El segundo límite es que si la persona no era autónoma, debe hacerse todo lo posible para protegerle del daño y para que recupere la autonomía. Sin embargo, los problemas surgen cuando se limita la autonomía de las personas que son competentes y con su decisión no afectan a terceros, ¿puede esa persona consignar en el Documento de Instrucciones Previas lo que quiera?

Como sabemos, la autonomía no tiene un valor absoluto, ni tiene mayor jerarquía que otro, como por ejemplo la dignidad humana, la no maleficencia, beneficencia, etc, con los que puede entrar en conflicto, circunstancia que hace necesario proceder a la ponderación. El artículo 11.3 de la Ley 41/2002 señala que hay tres límites al Documento de Instrucciones Previas:

- a) No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico.
- b) No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias a la “lex artis”.
- c) No serán aplicadas las instrucciones previas que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas.

¿Cómo afectan estos límites al ejercicio del derecho?

Respecto del límite de que las instrucciones no sean contrarias al ordenamiento jurídico, es una cuestión obvia, y por ello no parece razonable incluirlo como un límite. Lo mismo cabe decir del segundo, la “lex artis”, que es un concepto vago y confuso. El tercero sí es necesario, y por ello no está exento de problemas. Es difícil que el Documento de Instrucciones Previas vaya a tener un catálogo tasado de circunstancias personales y de situaciones clínicas. Lo razonable es interpretar este documento en el contexto clínico, discutiendo con el representante, o solicitando la intervención de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria.

A la vista de todo lo expuesto, es razonable pensar que, en esta materia, de instrucciones previas, el legislador ha querido evitar que a través de los Documentos de Instrucciones Previas se abriese la puerta a la eutanasia activa y directa.

Como conclusión de este apartado, podemos decir que el derecho a la protección de la salud y a alcanzar su nivel más alto posible, pasan por reconocer una serie de derechos a los pacientes y a los usuarios de los servicios sanitarios. A veces reducir la mortalidad y la morbilidad puede llegar a ser considerado como un éxito relativo, si no se cumplen los derechos de forma habitual. Como puede observarse, mi apreciación es de carácter descriptivo, puesto que no es el objetivo propiamente de mi tesis doctoral. Si bien quiero dejar apuntado que cada uno de estos derechos aquí recogidos y su garantía plantean problemas jurídicos de hondo calado a la hora de hacerlos efectivos.

3. EL REAL DECRETO LEY 16/2012

2. El Real Decreto Ley 16/2012

Es evidente que la crisis económica vivida en el mundo occidental entre 2008 y 2012 ha tenido unos efectos devastadores en la actividad económica, produciendo unas fuertes bajadas de inversiones privadas y públicas, desencadenando un efecto dominó con cierres de empresas, desempleos masivos, bajadas de la demanda de bienes de consumo, etc.

“La crisis que definitivamente se desveló con la caída del banco de inversiones norteamericano Lehman Brother en 2008, se instaló en los países europeos con una rapidez inusitada, y una gravedad desconocida en cuanto a intensidad y duración. Ello trajo de nuevo en la práctica totalidad de los países europeos la vuelta a esa discusión que no por conocida estaba resuelta, como era la reflexión sobre las verdaderas posibilidades del crecimiento y consolidación de los Derechos Sociales en épocas de crisis. Se acentuaron de modo muy rápido las carencias que ya se venían observando en cuanto a la financiación para el mantenimiento y crecimiento de los derechos sociales, ya que el constante incremento de las prestaciones en el contexto del Estado de Bienestar había tenido una gran importancia, especialmente en los últimos años. Todo ello era muy patente ya que su financiación influía notablemente sobre el funcionamiento del mercado en los diferentes Estados. El gasto corriente en actividades relacionadas con el Estado del Bienestar y los derechos sociales era del 50% del gasto público, aunque en algunos países como España había crecido exponencialmente en los últimos años por encima del porcentaje de crecimiento de la economía española.”³⁰

Desde el punto de vista de los recursos públicos, se han producido dos efectos de los que pueden considerarse la “tormenta perfecta”: bajada de la recaudación de impuestos, por razones obvias, y simultáneo aumento del gasto público, sobre todo por las prestaciones del llamado “Estado de Bienestar”, es decir, desempleo, pensiones, sanidad..., y todo ello en un entorno mundial adverso, además de un marco nacional de alto endeudamiento con poca capacidad de reacción, y con la supervisión de las autoridades comunitarias, con una mano amenazando y con otra ayudando, pero obligando a acomodar el gasto público al nivel de los ingresos y,

³⁰ MARCOS DEL CANO, A.M. y MENDEZ, J. “El derecho a la salud. Perspectivas tras la crisis”, *Revista de Derecho UNED*, número 19, 2016, p. 126

además, reducir el déficit presupuestario y el endeudamiento. Se han adoptado decisiones por la vía de aumentar los impuestos, con sus limitaciones sociales en las microeconomías y las correspondientes adversas en el crecimiento macroeconómico, es decir, el PIB que es el manantial primigenio de los impuestos que nutren los presupuestos del Estado. Simultáneamente se han tomado decisiones por la vía de racionalizar todo lo posible el gasto público, en un intento de mantener el “Estado de Bienestar”.

“Los principales derechos sociales que conforman el núcleo básico del Estado de Bienestar serían el derecho a la educación, el derecho a la salud, el derecho a una pensión digna dentro del sistema público de pensiones, la protección al desempleo, el derecho a una vivienda digna, y la atención a las personas dependientes, como último gran derecho incorporado tras la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.”³¹

Brevemente debo resaltar que el “Estado de Bienestar” estaba en crisis desde antes de la gran crisis de 2008³², reclamando una reorientación para su sostenimiento, especialmente en la prestación del derecho a la salud. En mi opinión, la cuestión de la prestación del derecho a la salud necesitaba y sigue necesitando reformas urgentes.

“Durante los años primeros de la crisis se fue profundizando en los principios generales del sistema de Salud: sostenibilidad, eficiencia e igualdad, teniendo en cuenta especialmente en España, la responsabilidad de los profesionales en el control de gasto público referido a la salud, en la que no tiene responsabilidad sobre ese gasto, lo que indudablemente tiraba de él hacia arriba. Se fueron corrigiendo determinados aspectos como el control de recetas a expedir por los facultativos y que les permitía a ellos mismos conocer cuál era el tiempo de repetición real de la petición de medicamentos por parte de los enfermos crónicos y de atención continuada”³³

³¹ *Ibíd.*, p. 158

³² El autor de esta Tesis anunció en 2005, en sendas conferencias pronunciadas en Cáceres y Badajoz dentro de “Aula HOY” con el título “Crisis en el Estado del Bienestar”, gran parte de lo que después ocurrió. Ver Diario HOY 23-10-05.

³³ MARCOS DEL CANO, A.M. y MENDEZ, J. *op. cit.* p. 166

En este contexto, se publica el Real Decreto – Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, implementando medidas que tratan de corregir ciertas ineficiencias.

En la Exposición de Motivos I de este RDL, se dice:

“La ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de alguna de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación.”

Según lo expuesto en el Real Decreto – Ley 16/2012, de 20 de abril, las causas de esta situación pueden ser:

- a) La ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional.
- b) El crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo.
- c) La falta de adecuación de alguna de las prestaciones a la realidad socioeconómica.
- d) La falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema.

Pasamos a analizar estas cuatro causas:

- a)** El Real Decreto – ley 16/2012, respecto de la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, en su artículo uno modifica el artículo tres de la ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, redefiniendo la condición de asegurado en los siguientes términos:

“Artículo 3. De la condición de asegurado.

- 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.**³⁴
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 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. ”. Se añade un artículo 3 ter, que tendrá la siguiente redacción: “Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

³⁴ El texto subrayado ha sido declarado inconstitucional y nulo por STC 139/2016, de 21 de julio, BOE, A-2016-7904

- 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.”

La cuestión nuclear que subyace en la redefinición de la condición de asegurado es la de la asistencia sanitaria que se ha venido prestando, especialmente a los ciudadanos de la Unión Europea, y a los miembros de sus familias. La Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados Miembros, por el que se modifica el reglamento (CEE) nº 1612/88 y se derogan las Directivas 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE, y 93/96/CEE, regula en su artículo siete las condiciones que se deben cumplir en aquellos casos en los que un ciudadano europeo desee residir en otro Estado Miembro, distinto del originario, por un periodo superior a tres meses.

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 transpuso el artículo siete 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 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 puso de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud estaba asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tenían ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados, lo que ha erosionado

enormemente su capacidad financiera e impidiendo que sus gestores puedan seguir realizando mejoras en los servicios.³⁵

Y es, precisamente, esta materia la que se encuentra regulada en el Capítulo I del Real Decreto–ley 16/2012, 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 siete del Real Decreto 240/2007 de 16 de febrero.

- b)** Por lo que respecta al crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, se hizo necesario introducir una categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, que permita gestionar mejor la realidad asistencial en España, donde coexiste un entramado jurídico – administrativo que reduce la transparencia y dificulta la ejecución, disminuyendo la eficiencia en su aplicación, y donde se dé cabida a la actuación objetiva basada en un riguroso análisis coste – efectividad que proporciona la red española de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, reconduciendo hacia la homogeneidad entre los servicios de salud, así como hacia la claridad, transparencia e información a la ciudadanía, para que pueda conocer con exactitud el alcance de la cobertura de sus derechos.

Se hacía imprescindible solucionar, en el marco de la cohesión e igualdad de derechos a la asistencia sanitaria entre españoles y demás personas que gozan de la condición de asegurado en nuestro país, la financiación de la atención sanitaria prestada a las personas residentes en una comunidad autónoma distinta de la que está prestando la atención, a través de la creación en el Capítulo III del RDL 16/2012 del Fondo de Garantía Asistencial, que se configura como una partida específica de compensación para la garantía asistencial en todo el Sistema Nacional de Salud.

- c)** El Capítulo IV del RDL 16/2012, incorpora determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica. La financiación de medicamentos y productos

³⁵ Informe de Fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social, 29-03-12, p. 79

sanitarios en el Sistema Nacional de Salud es uno de los grandes desafíos del gasto sanitario. La austeridad en el gasto público, imprescindible en todo momento, ha devenido un objetivo inaplazable. Por ello, es necesario que las decisiones de financiación estén orientadas por los criterios de evidencia científica de coste – efectividad y por la evaluación económica, con consideración del impacto presupuestario, en la que se tenga en cuenta un esquema de precio asociado al valor real que el medicamento o producto sanitario aporta al sistema.

- d)** En relación con la falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema, el Capítulo V del Real Decreto – Ley 16/2012 contempla una serie de medidas destinadas a corregir determinadas situaciones estructurales en relación con los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud.

Los fondos destinados a financiar los recursos humanos en los Servicios de Salud, suponen la partida más importante de sus presupuestos. La diversidad de normas reguladoras, la complejidad organizativa de titulaciones, categorías y situaciones laborales de los más de 600.000 trabajadores de los 17 Servicios de Salud ha ido generando una gran variabilidad interpretativa de las normas reguladoras, que se demuestran como verdaderas barreras para el desarrollo de los planes de eficiencia y ordenación que las Comunidades Autónomas están desarrollando en el marco económico de crisis actual y para la libertad de movimientos de los trabajadores entre servicios de salud. Con esta finalidad, en el capítulo V de medidas en materia de recursos humanos, se incorporan modificaciones de la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre y del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Desde la entrada en vigor el día 24 de abril de 2012 del RD-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, han transcurrido más de cuatro años y por ello es conveniente analizar los efectos producidos por la aplicación de esta disposición. Para ello vamos a analizar las tres cuestiones más significativas que han podido afectar al derecho a la protección de la salud:

Una.- Sobre la condición de asegurado

La regulación establecida en el RD-ley 16/2012, respecto de la condición de asegurado, podemos resumirla esquemáticamente así:

Cuadro 2					
LA CONDICION DE ASEGURADO EN EL RDL 16/2012					
COBERTURA					
PERSONAS	RESIDENCIA LEGAL	TOTAL	URGENCIAS	EMBARAZO	OBSERV*
ESPAÑOLES	ESPAÑA	SI	SI	SI	1
EXTRANJEROS	ESPAÑA	SI	SI	SI	2
U. EUROPEA	ESPAÑA +3m	SI	SI	SI	2
CUALQUIERA	ESPAÑA	SI	SI	SI	3
EXTRANJEROS	NO AUTORIZADOS	NO	SI	SI	4
EXTRANJEROS -18 AÑOS	NO AUTORIZADOS	SI	SI	SI	5

Fuente: Elaboración propia.

* Observaciones:

- 1.- Artículo 3.1 y 2 Real Decreto-ley 16/2003
- 2.- Mismas condiciones que los españoles, artículo 3.1 y 2 Real Decreto-ley 16/2003, con residencia legal en España por más de 3 meses.
- 3.- Siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinados y que no cumplan ninguno de los supuestos del artículo 3.1 y 2.
- 4.- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. Asistencia al embarazo, parto y postparto.
- 5.- Mismas condiciones que los españoles (artículo 3 ter ley 16/2003)

Primera Conclusión:

Es evidente que el impacto mayor lo han sufrido los siguientes grupos:

- a) Las personas de nacionalidad de algún Estado Miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, o de Suiza, residentes en España por menos de tres meses.
- b) Los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, que no reúnan la condición de asegurados, salvo que puedan acreditar que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.
- c) Los ciudadanos extranjeros que no cuenten con una autorización para residir en territorio español, salvo:
 - Las prestaciones de urgencias, por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
 - Asistencia al embarazo, parto y postparto.
 - Los extranjeros menores de 18 años que recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

En resumen, la condición fundamental para la prestación del derecho a la salud es tener la residencia legal en España por un tiempo superior a tres meses. En los demás casos se atiende en supuestos excepcionales como ha quedado descrito.

Dos.- Sobre las prestaciones del catalogo

Con carácter extrapresupuestario y al objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas de personas que gozan de la condición de asegurado, se creó el Fondo de Garantía Asistencial.

El Fondo está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas por las actuaciones que sus servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gozan de la condición de asegurada en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales. A tal fin se creó una tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud, con el fin de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial.

El importe a liquidar a cada servicio de salud viene determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:

- a) Desplazamiento inferior a un mes, que se abona según las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria en primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.
- b) Desplazamiento igual o superior a un mes, que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud.

Segunda Conclusión:

A fecha de hoy, la realidad es que el Fondo de Cohesión Asistencial, poco a poco, se ha ido quedando sin financiación del Estado (93,3 millones en 2012, 2,3 millones en 2015, 0 millones en 2016), pasando a ser de exclusiva “naturaleza extrapresupuestaria” desde 2016. Las comunidades comunicarán el importe que les ha supuesto atender a pacientes de otras regiones, se nivelarán los saldos positivos y negativos y el dinero se ingresará en una cuenta de la Secretaría General del Tesoro que gestionará el Ministerio de Sanidad.

En teoría, si las autonomías no dispusieran los importes, el gobierno podría deducir o retener cantidades de su financiación.

Tres.- Sobre el copago farmacéutico

En el Capítulo IV del Real Decreto-ley 16/2012, se recogen las medidas correctoras sobre la prestación farmacéutica.

Las medidas utilizadas han sido las siguientes:

- Sistema de precios de referencia.
- Medidas de ajuste directo del precio de laboratorio.
- Ajuste de los márgenes de distribución.
- Exclusión de ciertos fármacos incluidos en la financiación pública
- Modificación del sistema de copagos.

A los efectos del presente trabajo nos interesa revisar las medidas que han modificado el sistema de copago farmacéutico.

Por la Disposición final séptima del RD-ley 16/2012, se modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, en su artículo 5, apartado Uno que queda con la siguiente redacción:

“Las recetas oficiales se adaptaran a los siguientes criterios básicos de diferenciación de acuerdo con la expresión de las siglas o del código de clasificación en la base de datos de tarjeta sanitaria individual, que figuran impresos alfanuméricamente o codificado en la parte superior derecha de las recetas de acuerdo al siguiente esquema:

- a) Código TSI 001 para los usuarios exentos de aportación.
- b) Código TSI 002 para los usuarios con aportación reducida de un 10%
- c) Código TSI 003 para los usuarios con aportación de un 40%
- d) Código TSI 004 para los usuarios con aportación de un 50%
- e) Código TSI 005 para los usuarios con aportación de un 60%
- f) Código TSI 006 de mutualidades de funcionarios con aportación de un 30 %
- g) Código ATEP para las recetas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.
- h) NOFIN para las recetas de medicamentos y productos sanitarios no financiados
- i) DAST para las recetas en aplicación de la Directiva 2011/24/UE, los usuarios deben abonar el importe íntegro.

Posteriormente, por el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, se modifica el RD 1718/2010.

El texto consolidado del Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre recetas médicas y órdenes de dispensación, incluye la última actualización publicada el 23 de diciembre de 2015.

La situación del copago de medicamentos por receta ambulatoria (no hospitalización y urgencias), actualizada a fecha 1 de diciembre de 2015, queda resumida en el siguiente cuadro:

Cuadro 3 COPAGO DE MEDICAMENTOS EN EL SNS. DATOS A ENERO 2015			
GRUPO	ANTES RD 16/2012	DESDE 01-07-12	
		GENERAL	LIMITE(1)
1.- PENSIONISTAS			
a) Menos 18.000 €/año	0 %	10 %	8,23 €
b) Entre 18.000 – 100.000 €/año	0 %	10 %	18,52 €
c) Más 100.000 €/año	0 %	60 %	61,75 €
2.- PERSONAS SIN RECURSOS			
a) Con Renta integración	40 %	0 %	0,00 €
b) Con Pensiones no contributivas	0 %	0 %	0,00 €
c) Con síndrome tóxico,y discapacitado	0 %	0 %	0,00 €
3.- PARADOS			
a) Sin subsidios	40 %	0 %	0,00 €
4.- ACCID. TRAB./ENFERM PROF	0 %	0 %	0,00 €
5.- CRONICOS	10 % Im 2,64 €	10 %	4,26 €
6.- GENERAL			
a) Menos 18.000 €/año	40 %	40 %	Sin limite
b) Entre 18.000 – 100.000 €/año	40 %	50 %	Sin limite
c) Más 100.000 €/año	40 %	60 %	Sin limite
7.- MUTUALISTAS	30 %	30 %	Sin limite

Fuente: Elaboración propia.

(1) Límite máximo de aportación por tratamiento de larga duración (euros/mes)

Tercera conclusión:

A la vista del cuadro-resumen podemos establecer las siguientes conclusiones:

- 1.- En el grupo de pensionistas se observa una falta de equidad de aportación por la ausencia de progresividad del sistema, con un tramo demasiado amplio entre 18.000 euros, y 100.000 euros, y especialmente con las rentas medias/bajas, teniendo en cuenta que este grupo no aportaba nada antes del 01/07/2012.
- 2.- En el grupo de personas sin recursos (con rentas de integración, pensiones no contributivas, síndromes tóxicos o personas con discapacidad), la situación ha mejorado al no tener que aportar nada, frente al 40% que aportaban antes del 01/07/12 estas personas.
- 3.- Los parados sin subsidio mejoran también al no tener que aportar nada, frente al 40% que aportaban estas personas antes del 01/07/12.
- 4.- Las personas con tratamientos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional, permanecen igual, al no tener que pagar nada.

- 5.- Personas con tratamientos crónicos para los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC y productos sanitarios de aportación reducida, seguirán pagando el 10%, pasando el límite mensual de pago por receta de 2,64 euros a 4,26 euros.
- 6.- Personas asegurados en general, se mantiene en un 40 % para rentas inferiores a 18.000 €/año, sube del 40 al 50 % para rentas entre 18.000 €/ año y 100.000 €/ año, y sube del 40% al 60% para el grupo de rentas superior a 100.000 €/ año. Aquí se observa también falta de equidad en los tramos desde rentas inferiores a 18.000 €/ año hasta los 100.000 €/ año, al carecer de una adecuada progresividad.
- 7.- Grupo de mutualistas y clases pasivas de MUFACE, ISFAS Y MUGEJU, se mantiene en una aportación del 30%.

En resumen, en mi opinión, habría que reconsiderar:

- a) Unificar el sistema dualista actual de regímenes con los funcionarios de mutualidades y clases pasivas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU, independientemente de que sean activos o pensionistas.
- b) Corregir la falta de equidad en las aportaciones debido a la ausencia de progresividad en función de las rentas percibidas con un tramo demasiado amplio entre 18.000 €/ año y 100.000 €/ año, unificando el grupo de pensionistas y el grupo general.
- c) Corregir la asignación de las personas a un grupo de renta anual, teniendo en cuenta el número de éstas incluidas en cada declaración; la normativa actual solo tiene en cuenta los ingresos del asegurado cuando presenta declaración individual, sin contar los del resto de miembros de la familia, provocando falta de equidad.

Llegados a este punto es necesario repasar las opiniones más recientes y diversas de sociedades científicas, sindicatos y políticos, transcurridos más de cinco años desde la reforma sanitaria producida con el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Así lo ven las siguientes personalidades, cuya opinión de forma reducida hemos tomado de entrevistas realizadas en prensa especializada.³⁶

- Carballo, Fernando, presidente de FACME:

“Ha tenido alcance parcial. Persisten las desigualdades de acceso, facilitadas entre regiones por la aparición de una cartera básica común y otra complementaria. El registro de profesionales, las áreas de capacitación específicas y los modelos de acreditación, siguen siendo temas pendientes.”

- Miralles, Francisco, Secretario General de CESM:

“El RD se ha traducido en una desaceleración del gasto en medicamentos. Algo positivo es el registro de profesionales sanitarios; algo negativo, perjudicar a médicos de zonas rurales (APD y cupo y zona). Es injusto privar del derecho a la asistencia a españoles que lleven residiendo fuera del país más de tres meses”

- Fernández, Jesús María, Portavoz de Sanidad del PSOE:

“Fue improvisado y autoritario. Expulso del derecho a la asistencia a 750.000 personas, y el copago de los pensionistas está impidiendo el acceso a tratamientos necesarios. Más allá de su grave impacto, supuso una ruptura del modelo de sanidad.”

- Igea, Francisco, Portavoz de Sanidad de Ciudadanos:

“Tuvo de bueno que eximió a las rentas mínimas del copago. Y de malo, su parte más demagógica: el derecho a asistencia. Eso debe resolverse con un pacto político, posible ahora fuera de la etapa electoral, que fije la sanidad como derecho de ciudadanía, a falta de que la UE decida.”

- Castaño, Ana, Responsable de Sanidad del Grupo Podemos:

“Es un ejemplo de cómo legislar utilizando el rodillo que confiere la mayoría absoluta. Los aspectos más conocidos son los más rechazados unánimemente: Cambio de modelo, rotura de la universalidad, introducción de los copagos, fraccionamiento de la cartera de servicios...”

- Castillo, Tomás, Plataforma de Organizaciones de Pacientes

³⁶ Citas tomadas de “Diario Médico”, del 17 al 23 de abril de 2017, pp. 2 - 3

“Dejó sin derecho a asistencia a parte de la población, desconocemos la efectividad del copago, el ahorro pretendido y cabría preguntarse qué tipo de beneficio económico ha supuesto y cuantos pacientes han dejado su medicación por el copago. Es hora de hacer balance con datos.”

- Polo, José, vicepresidente de SEMERGEN:

“No ha mejorado la calidad y seguridad de la salud de forma equitativa e igualitaria, y ha aumentado las inequidades en el sistema público y las desigualdades entre autonomías. El copago, pese a no ser lo más adecuado, ha garantizado prestación a los más desfavorecidos.”

- Fernández Pro, Antonio, presidente de SEMG

“Antes del RDL España estaba en la media europea en gasto sanitario; hoy está por debajo. Los indicadores se deterioran. Con el cambio en cartera de servicios cada comunidad ha tirado por un camino diferente: Se ha roto la equidad. Hay un tema sin resolver: El Foro de la Profesión.”

- Fernández, María, vicepresidenta de SEMFYC

“Las CCAA han tomado medidas distintas para paliarlo. Ha funcionado con falta de información entre los profesionales: La norma no se explicó bien en hospitales y centros de salud. El copago ha afectado al acceso y la adherencia. Ha sido vital hacer un registro de exclusiones.”

- Arnés, Humberto, director de Farmaindustria:

“El país estaba al borde de la intervención europea. Las medidas adoptadas redujeron el gasto farmacéutico un 26,4% (3.400 millones de euros al año) desde mayo de 2010 hasta finales de 2013, y durante algunos años se retrasó la entrada de fármacos innovadores, aspecto superado en 2014.”

Como se desprende de las citas anteriormente expuestas, el grado de la complejidad es alto en el tema que tratamos por lo que es necesario, evitar toda ideología o interés partidista a la hora de pensar en cuáles son las garantías que el Estado otorga a un bien tan primario como es la Salud.

4. EL REAL DECRETO – LEY 7/2018

4. El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio

El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, publicado en el BOE de 30 de julio de 2018, es una de las primeras medidas adoptadas por el gobierno resultante de la moción de censura contra el gobierno del PP, presentada por el PSOE con el apoyo de un extensísimo marco parlamentario, de ideas de izquierdas e independentistas, está fundamentado en que el acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad es un **derecho primordial de toda persona** (lo subrayado es nuestro) y que con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, supuso, de facto, una vulneración de este derecho, para las personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España.

Según la exposición de motivos del Real Decreto-ley 7/2018 “la reforma que instauró el mencionado Real Decreto-ley 16/2018, de 20 de abril, desvirtuó el derecho a la protección de la salud al anular la vocación universal y eliminar la titularidad del derecho establecido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Supuso, de este modo, una involución del esquema legal de cobertura hasta entonces armónico con los principios que, de conformidad con los tratados internacionales, la Constitución Española y la Ley 14/1986, de 25 de abril, deben imperar en las políticas sanitarias, en la actuación de los poderes públicos y la configuración de las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud” y la “exclusión del colectivo de personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España del derecho de protección de la salud y a la atención sanitaria no ha sido acorde, por tanto, con los antecedentes normativos existentes en nuestro país ni con los diversos compromisos internacionales adquiridos”.

Básicamente, el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, respecto de la anterior legislación, introduce la modificación del artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, que queda redactado así:

“Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas que encontrándose en España no tengan residencia legal en el territorio español.

1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal como se establece en el artículo 3.1.”

También se fija el copago farmacéutico para este colectivo en un 40%, según el artículo 102.5.e) del Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio:

“e) Un 40% del PVP para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.”

Parece evidente que lo dispuesto en el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, es una medida que desde un punto de vista subjetivo, de la persona humana, aporta una solución práctica, pero de poco recorrido a largo plazo a mi parecer, porque no se abordan objetivamente los intereses en juego y los efectos a futuro de todas las decisiones que se adoptan, así como hacerlo compatible con la más que dudosa sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, en la cuarta parte de esta tesis doctoral, al describir nuestra propuesta de un modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, incluimos la propuesta de creación en cada comunidad autónoma de una Fundación Asistencial Sanitaria, con el objeto de financiar el gasto sanitario en se pueda incurrir por la atención que reciban los colectivos excluidos.

Será beneficiario de la asistencia sanitaria toda aquella persona que se encuentre en territorio nacional, en la cual se den estas dos condiciones:

- a) No tenga derecho a obtener la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud.
- b) No tenga patrimonio propio y/o rentas de cualquier naturaleza, dentro o fuera del territorio nacional, superior a los límites que en cada momento se determine.

Tendrán derecho a que se les expida una tarjeta de asistencia sanitaria específica de la fundación, a título individual para los mayores de edad, e incluidos a los menores con cada uno de sus progenitores. La tarjeta será expedida por la Fundación previa solicitud realizada por cualquiera de los órganos de la

administración central, autonómica o local, o entidades asistenciales sin fines lucrativos, como Cruz Roja, Cáritas, etc, relacionados con los colectivos excluidos del derecho, todo ello en los términos y con la documentación que se establezca, siempre que se ajuste a la normativa y criterio de la Fundación.

La tarjeta que se emita deberá determinar lo siguiente:

- a) El **ámbito territorial** de validez para recibir la asistencia sanitaria, que ordinariamente será el territorio de la comunidad en la que se emite la tarjeta.
- b) El **ámbito temporal** de validez para recibir la asistencia sanitaria, sin perjuicio de su renovación, si procede.
- c) El **límite, en términos económicos, de asistencia** sanitaria a partir del cual es necesario obtener la conformidad de la fundación.
- d) El **límite de centros** a los que se puede acudir para recibir asistencia, ordinariamente serán centros públicos concertados de la comunidad, y excepcionalmente, previa autorización, centros concertados privados.

Cada centro que preste sus servicios factura los mismos a la fundación, quien se hará cargo de su pago.

SEGUNDA PARTE

SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA

INTRODUCCION PARTE SEGUNDA

INTRODUCCION PARTE SEGUNDA

La segunda parte de esta tesis la dedicamos a estudiar cómo se aplica en la práctica el reconocido derecho a la protección de la salud.

Analizamos en profundidad en Sistema Nacional de Salud (SNS), su funcionamiento, sus problemas e identificamos sus ineficiencias más significativas, así como las causas de su falta actual de sostenibilidad, el copago en España y en la UE – 15.

Estudiamos también otros modelos de provisión utilizados en España, como el modelo MUFACE, ISFAS Y MUGEJU y otros de colaboración público-privada ensayados en los últimos veinticinco años, con el objetivo de conocer la situación actual de la aplicación práctica de este importante derecho para los ciudadanos.

**CAPITULO III. SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA:
MODELOS**

1. DESCRIPCION GENERAL

1. Descripción general

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el resultado de la descentralización de las competencias sanitarias que se han ido modificando desde su origen en 1942 con el Seguro Obligatorio de Enfermedad, con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 y posteriormente con la Constitución española de 1978 (artículos 43, 49 y 53.3 CE), completado posteriormente con la ley 14/1986, de 5 de abril, General de Sanidad, en la que se realiza una integración de todos los recursos públicos en el Servicio de Salud.

El Sistema Nacional de Salud, conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, forman un órgano que pretende ser un conjunto coherente, armónico y solidario.

Los principios generales son:

Universalidad, Equidad social e interterritorial, Integración de todos los medios asistenciales, y Orientación al ciudadano: Derechos y deberes

Sus características más importantes son:

Cobertura universal, Prestaciones amplias, Financiación pública, y Gestión descentralizada.

Todas las Comunidades Autónomas recibieron las competencias en Sanidad e Higiene desde 1979 en adelante. La evolución del sistema sanitario público, desde un modelo basado en Seguros Sociales y centralizado hacia un Sistema Nacional de Salud descentralizado, ha tenido asociado diferentes modelos de financiación, determinados por los procesos de reforma hacia su actual configuración. Podemos objetivar dos procesos fundamentales:

i) Universalización

La universalización de la asistencia sanitaria, que determina la naturaleza de los recursos que financian la sanidad y ha propiciado la sustitución de cotizaciones sociales por impuestos generales.

ii) Descentralización

La descentralización ha propiciado la integración de la financiación finalista de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en el sistema general de financiación de las Comunidades Autónomas.

Desde el punto de vista de los modelos de financiación territorial de la sanidad pública española se pueden distinguir dos etapas bien diferenciadas. La primera abarca veinte años (1981-2001), la segunda etapa comienza con la publicación de la ley 21/2001. La primera etapa estaba basada en la territorialización del gasto, mediante la descentralización de la gestión del gasto, que no llevó aparejada la descentralización de los ingresos y se financiaba la sanidad con un modelo específico mediante una transferencia finalista de la Administración General del Estado, utilizando distintos criterios de reparto, principalmente el de población. En la segunda etapa se integra la sanidad en el modelo general, al mismo tiempo que se crea un “espacio fiscal” que supone un cierto grado de descentralización, incorporando así la corresponsabilidad fiscal.

Los problemas en la primera etapa fueron:

- Presupuestación por debajo del gasto real
- Indisciplina presupuestaria
- Falta de estabilidad temporal
- Criterios de reparto heterogéneos
- No modelo explícito para desplazados
- Falta de corresponsabilidad fiscal

Los problemas de la segunda etapa son:

- Dificultades para ejercer la corresponsabilidad fiscal
- Problemas de suficiencias financieras
- Fondo de Cohesión Sanitaria cuestionado
- Necesidades de inyección de recursos financieros

La cuestión principal que se pone de manifiesto para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es que el Estado no puede “financiar el coste de la provisión pública de la sanidad, sea este el que sea sin buscar la eficacia (cantidad, calidad y tiempo) y la eficiencia (recursos disponibles predeterminados) en un sistema de competencia con libre elección en el que los pacientes decidirán ser atendidos por el agente, sea privado o público, que les garantice el mejor nivel asistencial”³⁷.

³⁷ BAREA, J. , “Diario Médico”, 16-04-01, p. 8

2. ANALISIS

2. Análisis

2.1. Listas de esperas

La situación de la lista de espera quirúrgica y de acceso a una consulta con un médico especialista en el Sistema Nacional de Salud a fecha 31 de diciembre de 2016, tiene una progresiva evolución al retraso y por tanto al crecimiento del número de personas en espera. Como pacientes pendientes de una intervención se entiende aquellos que se les ha prescrito una intervención no urgente para la cual se tiene previsto el uso del quirófano y, además, están incluidos en un registro de pacientes pendientes de una intervención y la fecha de entrada en dicho registro es la de prescripción.

Para los pacientes pendientes de una primera consulta en Atención Especializada, se utiliza el mismo criterio que para la lista de espera quirúrgica. Según la información facilitada por el Ministerio de Sanidad, la situación a 31 de diciembre de 2016 por Comunidades Autónomas el tiempo medio de espera en España para ser operado en el SNS es de 115 días (en junio de 2016 era de 83 días) y afectaba a 614.101 personas (en junio de 2016 eran 569.097 pacientes).³⁸

En la lista de espera quirúrgica, Canarias es la Comunidad de mayor tiempo de espera con 182 días, seguida de Cataluña (173 días), Castilla – La Mancha (162 días) y Extremadura (134 días). Por el contrario, el menor tiempo para operarse está en Melilla (33 días), Ceuta (37 días), La Rioja (49 días) y País Vasco (50 días).

En términos relativos, por cada 1.000 habitantes, Cataluña es la Comunidad peor parada (22,09) con una cifra muy superior a Andalucía (7,94) o Madrid (9,40). En total 157.701 pacientes están pendientes de una operación en Cataluña, la cifra más alta de la lista. La situación en el tiempo de espera para consultas externas y especialidades también ha empeorado hasta alcanzar los 72 días de media (en junio de 2016 eran 52 días). El número de pacientes pendientes de un especialista era de 45,66 por cada 1.000 habitantes. Las Comunidades que tienen mayor tiempo de espera para

³⁸ Sistema de Información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud – SISLE – SNS, 31-12-16

acceder a una consulta de especialista son: Cataluña, con 138 días, Canarias (117 días) y Aragón (79 días). Las que menos son: Melilla (21 días), País Vasco (27 días) y La Rioja (32 días).

La especialidad que presenta más tiempo de espera para una cita es Oftalmología (90 días), seguida de Traumatología (82 días), Urología y Ginecología (72 días ambos), Dermatología (70 días), Neurología (69 días) y Digestivo (65 días).

La variación de la lista de espera quirúrgica en las principales especialidades, en el periodo 2015-2016 es la siguiente:

- Todas las especialidades: + 29 %
- General y digestivo: + 38 %
- Traumatología: + 28 %
- Oftalmología: + 12 %

2.2. Contenido de la cartera de servicios

Por lo que respecta al crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, se hizo necesario introducir una categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, que permita gestionar mejor la realidad asistencial en España, donde coexiste un entramado jurídico – administrativo que reduce la transparencia y dificulta la ejecución, disminuyendo la eficiencia en su aplicación, y donde se dé cabida a la actuación objetiva basada en un riguroso análisis coste – efectividad que proporciona la red española de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, reconduciendo hacia la homogeneidad entre los servicios de salud, así como hacia la claridad, transparencia e información a la ciudadanía, para que pueda conocer con exactitud el alcance de la cobertura de sus derechos. Se hacía imprescindible solucionar, en el marco de la cohesión e igualdad de derechos a la asistencia sanitaria entre españoles y demás personas que gozan de la condición de asegurado en nuestro país, la financiación de la atención sanitaria prestada a las personas residentes en una comunidad autónoma distinta de la que está prestando la atención, a través de la creación en el Capítulo III del RDL 16/2012 del Fondo de Garantía Asistencial, que se configura como una partida específica de compensación para la garantía asistencial en todo el Sistema Nacional de Salud.

2.3. Atención a los asegurados fuera de su autonomía de residencia

Uno de los efectos más perversos del Sistema Nacional de Salud, gestionado por las autonomías, es haberse convertido en diecisiete sistemas de salud, independientes entre sí, jerárquica y financieramente, lo que supone romper el principio constitucional de igualdad de los españoles ante la ley, “los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social” (artículo 14 CE).

Esta desigualdad se pone de manifiesto cuando un español residente en una comunidad autónoma, necesita ser atendido en un centro sanitario de otra comunidad, donde será atendido como un asegurado de otra comunidad, sin derecho a las mismas prestaciones de los asegurados residentes en esa comunidad. Y ello es debido a la autonomía financiera y de gestión en cada comunidad de las prestaciones del derecho de protección de la salud, por lo que económicamente atender a un usuario de otra comunidad supone un gasto que debería soportar la comunidad de origen del usuario, razón por la que la asistencia sanitaria se restringe a la mínima intervención, teniendo que recuperar el gasto por medio del sistema de compensación entre comunidades, cuyo funcionamiento tampoco es bueno como veremos.³⁹

El partido político Ciudadanos presentó en el Congreso de los Diputados una Proposición no de Ley, que fue rechazada el día 27-06-18, con la que pretendía garantizar la igualdad y cohesión del sistema sanitario, mediante

³⁹ “¿Quién se atreve hoy, en el contexto de bonanza económica de España, a oponerse a la atención sanitaria universal? Tal vez su bolsillo, que no es tan poderoso como algunos creen. Seguramente, lo pensara cuando cubra su declaración de la renta. En todo caso en esta tierra de acogida que es España, que lleva años estando entre los primeros países que más nacionalización de extranjeros ha llevado a cabo, nos encontramos con ciertas paradojas. Mientras ofrecemos sanidad universal, con el riesgo de la picaresca del turismo sanitario, le negamos a uno de Burgos asistencia en Santander. Somos así de contradictorios. El recordado Manuel Martín Ferrand no podía abandonar Madrid porque en ninguna comunidad le daban el tratamiento de diálisis que necesitaba. Solidarios con los ajenos, al mismo tiempo que despiadados con los propios. En estos tiempos en que España necesita tantos cambios, a lo mejor era el momento de replantearse todo el sistema sanitario y volver al muy eficaz y solidario statu quo centralizado. Seguro que saldríamos ganando todos, incluidos los médicos”. BIEITO, R, “El astrolabio”, ABC, 16-06-18, p. 2

la creación de una Cartera Única de Servicios Sanitarios, y una Tarjeta única sanitaria. El PSOE rechazó la iniciativa, afirmando que solo busca el desprestigio del Sistema Nacional de Salud.⁴⁰

2.4. Compensación económica entre sistemas autonómicos

Con carácter extrapresupuestario y al objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas de personas que gozan de la condición de asegurado, se creó el Fondo de Garantía Asistencial.

El Fondo está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas por las actuaciones que sus servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gozan de la condición de asegurada en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales. A tal fin se creó una tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial.

El valor a liquidar por cada servicio de salud viene determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:

- a) Desplazamiento inferior a un mes, que se abona según las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria en primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.
- b) Desplazamiento igual o superior a un mes, que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud.

A fecha de 31-12-2017, la realidad es que el Fondo de Cohesión Asistencial, poco a poco, se ha ido quedando sin financiación del Estado (93,3 millones en 2012, 2,3 millones en 2015, 0 millones en 2016), pasando a ser de exclusiva "naturaleza extrapresupuestaria" desde 2016. Las comunidades comunicarán el importe que les ha supuesto atender a pacientes de otras regiones, se nivelarán los saldos positivos y negativos y el dinero se ingresará en una cuenta de la Secretaría General del Tesoro que gestionará

⁴⁰ ABC, 27-06-18, p. 42

el Ministerio de Sanidad. En teoría, si las autonomías no dispusieran los importes, el gobierno podría deducir o retener cantidades de su financiación.

“Hace al menos tres años que el Ministerio de Sanidad no actualiza el fondo de cohesión sanitaria, una partida que tiene como fin compensar la asistencia sanitaria a pacientes que se deriven de una comunidad autónoma distinta de aquella donde viven, en muchas ocasiones por casos de enfermedades raras.”⁴¹

2.5. Gestión compleja

Debemos destacar el hecho de haber transferido a las Comunidades Autónomas las competencias en Sanidad que, en mi opinión, ha supuesto mantener una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, derrochándose las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo, además del alto nivel de politización en puestos directivos de gestión, lo que no permite aprovechar las sinergias de un sistema único.

“La burocracia, principal obstáculo para el ejercicio de la medicina. El 90 % de los médicos está satisfecho con su profesión, al igual que la mayoría de los residentes y estudiantes que están cursando la carrera de Medicina. Sin embargo, seis de cada diez, critica la excesiva carga administrativa que requiere la práctica médica. Pero no son los únicos desafíos que se encuentran los profesionales para llevar a cabo la práctica médica. Al exceso de burocracia hay que sumar el estrés y la falta de tiempo para la atención a los pacientes...”⁴²

Por otro parte, las listas de espera sufren también la gestión ideológica. La apuesta por el sistema público “este es el gran principio ideológico que rige la gestión de las listas de espera en la Comunidad de Madrid. Con los datos de 2015 y 2016 no baja la bolsa de pacientes. Eso sí se ha reducido a la

⁴¹ redaccionmedica.com, página consultada 28-12-17

⁴² redaccionmedica.com, página consultada 28-12-17

mínima expresión las derivaciones a la privada e incluso en la red pública se le ha dado prioridad a la derivación a centros de gestión directa. Todo con tal de afrontar la tarea con solo los medios propios al alcance del Sermas, cuanto más públicos mejor.”⁴³. Las transferencias de las competencias en sanidad, y la alta politización de la gestión sanitaria son un factor muy importante que incide en su no sostenibilidad.

Por otro lado, otro factor que incide en la falta de sostenibilidad es la gestión rígida y en gran medida burocratizada de los centros públicos, con altos costes por unidad de prestación, personal desincentivado y con poco margen para mejorar, encorsetados en un presupuesto inamovible y ajenos a la competencia de la gestión.

2.6. Rigor y énfasis en la eficiencia del Sistema

En relación con la falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema, el Capítulo V del Real Decreto – Ley 16/2012 contempla una serie de medidas destinadas a corregir determinadas situaciones estructurales en relación con los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud.

Los fondos destinados a financiar los recursos humanos en los servicios de salud, suponen la partida más importante de sus presupuestos. La diversidad de normas reguladoras, la complejidad organizativa de titulaciones, categorías y situaciones laborales de los más de 600.000 trabajadores de los 17 servicios de salud ha ido generando una gran variabilidad interpretativa de las normas reguladoras, que se demuestran como verdaderas barreras para el desarrollo de los planes de eficiencia y ordenación que las Comunidades Autónomas están desarrollando en el marco económico de crisis actual y para la libertad de movimientos de los trabajadores entre servicios de salud. Con esta finalidad, en el capítulo V de medidas en materia de recursos humanos, se incorporan modificaciones de la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre y del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

⁴³ elprescriptor.com, página consultada 28-12-17

2.7. ¿Obsolescencia tecnológica sanitaria?

España no cumple con las directrices europeas de la COCIR (Comité Europeo de Coordinación de la Industria de Electro-medicina, Radiología y Cuidado de Salud). Como puede apreciarse en el cuadro nº 5, solo un 30 % de los TAC tenían menos de cinco años de antigüedad, sobre el 60% recomendado, y así solo un 24 % de las resonancias magnéticas, un 13% de la radiología general, un 19 % en mamografías, un 31 % en ecografías tiene menos de cinco años. “Si en el caso de las TC España ocupa el quinto lugar por la cola en Europa en obsolescencia tecnológica con las RM aparece en el último lugar. La solución y el problema es cómo financiar el plan: ¿Cómo pagarán los hospitales? La situación no es crítica, pero el problema es muy serio”⁴⁴

Por otro lado, se observa que la tecnología sanitaria instalada no solo está obsoleta sino que el equipamiento es insuficiente, produciéndose también inequidades entre autonomías y centros. “La incorporación al SNS de tecnología innovadora es imprescindible para la seguridad del paciente y para evitar inequidades. Si el coste es excesivo, habría que trazar un plan nacional con centros de referencia”⁴⁵

Para el presidente de la Sociedad Española de Electro-medicina e Ingeniería Clínica (SEEIC), Lucinio Manzanares “nunca hay planes al respecto a medio-largo plazo, ni capital finalista para llevarlos a cabo. Además, las realidades autonómicas son muy distintas. La explicación reside en el modelo que España utiliza para gestionar la renovación de su parque tecnológico sanitario. Es lamentable que aún tengamos que alegrarnos cuando, por ejemplo, una provincia española adquiere su primer PET-TC, una tecnología que debería estar en el día a día de todo paciente oncológico. No en cada hospital, pero si en el entorno cercano al paciente”.⁴⁶

⁴⁴ GAYETE, A, presidente SERAM, “*Diario Médico*”, 11-06-17, p. 10

⁴⁵ CASTILLO, T, Presidente Plataforma de Pacientes, *Diario Médico*, Edición 4-10 Junio 2018, p. 25

⁴⁶ MANZANARES, L, *Diario Médico*, 11-06-17, p. 10

Porcentaje de equipos según antigüedad, en hospitales públicos y privados de España. 31-12-16

Cuadro 5 Tecnología Sanitaria	< 5 años	5-10 años	> 10 años
Recomendación internacional Comité Europeo de Coordinación de la Industria de Electro-medicina, Radiología, y Cuidado de Salud (COCIR)	60 %	30 %	10 %
1.-Tomografía Axial Computerizada (TAC)	30 %	45 %	24 %
2.- Resonancia Magnética (RMN)	24 %	36 %	40 %
3.- Sistema de Intervencionismo	29 %	39 %	32 %
4.- Acelerador Lineal	24 %	44 %	32 %
5.- Radiología	13 %	27 %	60 %
6.- Mamografía	19 %	31 %	50 %
7.- Ecografía	31 %	35 %	34 %
8.- PET (Tomografía emisión positrones)	21 %	52 %	27 %
9.- Soporte Vital	19 %	31 %	50 %
10.- Monitorización	17 %	37 %	47 %

Fuente: Elaboración propia, a partir de información de datos publicados en Diario Médico, del 4 al 10 junio 2018, p. 23

2.8. La financiación autonómica

El modelo de financiación actual de las Comunidades autónomas, es motivo de insatisfacción general. Es difícil buscar el acuerdo y conformidad de todos en la fórmula de asignación de recursos financieros desde el Estado a las autonomías. Posiblemente uno de los capítulos que genera más conflictividad es el correspondiente a la financiación de las prestaciones sanitarias del Derecho a la Protección de la Salud de los ciudadanos. Las distorsiones entre autonomías se producen por una diversidad de causas de distinta naturaleza.

Así, la dispersión del territorio y la densidad de población por kilómetro cuadrado, que provocan desplazamientos largos, obligación de mantener consultorios o urgencias con poca actividad, las políticas de inversiones en nuevos centros y equipos tecnológicos sanitarios, que agotan los presupuestos o retrasan “sine die” esas necesarias inversiones. Las políticas retributivas del personal sanitario de cada comunidad que genera agravios

comparativos, etc. El sistema de financiación no satisface a nadie. Es muy probable que sacando la financiación de la sanidad de los presupuestos autonómicos, para ser financiada la prestación de los servicios sanitarios directamente desde la Administración del Estado, se solucionaría en gran parte el problema de la asignación financiera sanitaria a las Comunidades Autónomas.

Hay que recordar que el gasto sanitario público representa en España el 5,5% del Producto Interior Bruto (PIB) con datos de 2014, en tanto que en Extremadura representa el porcentaje del 9,4 %, en Murcia del 7,7 % y Asturias del 7,3 %. En valores absolutos, el 44,4 % del gasto sanitario público del sector es originado por tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 9.205, 8.737 y 7.423 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Cantabria y Navarra son las Comunidades que generaron el gasto más bajo. En relación a su población, las Comunidades con más gasto sanitario público son País Vasco con 1.582 euros/habitante, Extremadura con 1.448 euros/habitante y Navarra con 1.435 euros/habitante.⁴⁷

⁴⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*, 2016, p. 266.

3. LA CUESTION DE LA FALTA DE SOSTENIBILIDAD

3. La cuestión de la falta de sostenibilidad

La crisis económica vivida en el mundo occidental entre 2008 – 2012 ha tenido unos efectos devastadores en la actividad económica que han incidido poniendo en riesgo el “Estado de Bienestar”, incluyendo la sostenibilidad del sistema nacional de salud, que se encontró en “una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación”.⁴⁸

La sanidad es uno de los pilares básicos del Estado de Bienestar que disputa con los otros por los recursos limitados del Estado para atenderlos, tales como vivienda y exclusión social, familia, vejez, educación, discapacidad, desempleo, pensiones, etc.

“Entre 1995 y 2002 el gasto sanitario público en España había experimentado un crecimiento medio acumulativo real (es decir, descontando la inflación) del 3,8 por ciento. Entre 2002 y 2009, creció un 5,8 por ciento. En una época en la que la economía española crecía a un ritmo superior a la de sus socios europeos, el ritmo de crecimiento del gasto sanitario superaba con creces la senda seguida por los indicadores de renta y riqueza del país. Este hecho ponía ya en cuestión, antes del comienzo de la crisis, las posibilidades de sostener en el largo plazo el comportamiento pasado del gasto sanitario”⁴⁹

Esta situación, junto con otras causas que más adelante describimos justificó la publicación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, implantando medidas para tratar de corregir ciertas ineficiencias del Sistema.

“El sistema sanitario se enfrenta a un doble reto: Conseguir la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo, haciéndole inmune-en lo posible-a las crisis económicas, presentes y futuras, y preservar sus funciones

⁴⁸ Real Decreto-Ley 16/2012, Exposición de Motivos I

⁴⁹ URBANOS-GARRIDO y LOPEZ-VALCARCEL, Sostenibilidad del Sistema Sanitario y contribución de los servicios de urgencias, Revista Emergencias, 2015, p. 27: 197-203

redistributivas y de cohesión social, que se configuran como fuentes principales de legitimación.”⁵⁰

Además, hay que tener en cuenta las siguientes causas:

3.1. Incidencias multifactoriales

El mundo cambia constantemente y, cada vez, de forma más rápida. Las maneras de pensar del ser humano, sus necesidades, sus expectativas, sus gustos, su capacidad de exigir sus derechos, cada vez comportan demandas de mayor contenido en calidad, cantidad y tiempo. Simultáneamente, el progreso científico es ingente, con ofertas constantes de mejores bienes y servicios, atractivos, que ofrecen a las personas mejor calidad de vida en el hogar, las comunicaciones, la cultura, viajes, vacaciones, sanidad, etc.

En este mundo cambiante se ha demostrado que la oferta de bienes y servicios genera demanda de ellos, aunque no se necesiten, creando a las personas unas expectativas que, en muchas ocasiones, no pueden alcanzar, pero generan una mentalidad de reivindicación y exigencia que es difícil satisfacer.

Sin embargo, en el caso concreto de las prestaciones sanitarias, con un Sistema Nacional de Salud, universal y gratuito, donde todas las personas tienen satisfechas sus más altas expectativas, sin apenas coste directo, la tendencia natural es demandar las mejores prestaciones en calidad, cantidad y tiempo. A partir de aquí podemos deducir que uno de los factores que tienen una incidencia significativa en las causas de no sostenibilidad del sistema, no es el uso ordinario del mismo, sino la demanda abusiva en muchas prestaciones. En economía, se sabe que a coste cero la demanda tiende a infinito.

La cuestión fundamental aquí no es tanto aminorar los costes, sino ajustar la demanda de prestaciones a la necesidad real. Es paradigmático el uso abusivo de los servicios de urgencias, a donde se acude con patologías no urgentes, porque se obtiene una atención, aparente, más rápida y mejor, con lo que se colapsan las atenciones a las verdaderas patologías de

⁵⁰ *Ibíd*em

urgencias, y además baja la calidad asistencial, en lugar de acudir a un centro de salud no hospitalario.

Por otro lado, la esperanza de vida al nacer en España, con datos de 2015⁵¹, es de 85,8 años para las mujeres y de 80,1 para los hombres, una de las más altas de Europa, y en ascenso, lo que supone una demanda añadida de servicios sanitarios por el mayor cuidado que requieren las personas cuanto más edad tienen, por ley natural.

Por tanto, existe una demanda de asistencia que crece más proporcionalmente que la propia población, que no debe ser un problema, sino una gran satisfacción, pero es una causa más añadida que hay que tener en cuenta. El envejecimiento de la población, que en sí mismo es una buena noticia, tiene la contrapartida de la demanda creciente de asistencia médica.

“la longevidad no es un problema estrictamente, ya que mejora la esperanza de vida. Sin embargo, tiene implicaciones sobre el Derecho a la Salud, así el aumento de las enfermedades crónicas es una consecuencia de este progreso, pero conlleva un mayor gasto sanitario y asistencial”⁵²

Unido a ello, tenemos un avance tecnológico en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales, verdaderamente espectaculares, lo que provoca una demanda de recursos humanos muy profesionalizados, recursos físicos de inmuebles e instalaciones complementarias, que se traduce en una ingente demanda de recursos financieros para su adquisición y mantenimiento. Posiblemente este factor, en términos de sostenibilidad, es el más importante y plantea el dilema de caer en la obsolescencia de los equipamientos actuales y no renovarlos, o, por el contrario, buscar y encontrar soluciones adecuadas.

⁵¹ OCDE. Informe 2017, datos 2015, www.oecdbetterlifeindex.org, página consultada 23-12-17

⁵² MARCOS DEL CANO, A.M. y MENDEZ, J. “El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la crisis”, *Revista de Derecho UNED*, número 19, 2016, p.179.

Según la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) uno de cada tres equipos de resonancia magnética está desactualizado, uno de cada tres ecógrafos tiene más de diez años, y más del 40 por ciento de los equipos de soporte vital avanzado supera los 12 años, cuando las recomendaciones de la Asociación Europea de electro-medicina recomienda que, al menos, el 60% de los equipos tenga una edad inferior a 5 años.⁵³ Hoy la obsolescencia no lo es técnicamente (pueden seguir trabajando los equipos), sino tecnológica y económicamente.

En este contexto de factores encadenados, debemos destacar el hecho de haber transferido a las Comunidades Autónomas las competencias en Sanidad que, en mi opinión, ha supuesto mantener una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, derrochándose las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo, además del alto nivel de politización en puestos directivos de gestión, lo que no permite aprovechar la sinergias de un sistema único.

Las transferencias de las competencias en sanidad y la alta politización de la gestión sanitaria son un factor muy importante que incide en su no sostenibilidad.

Por otro lado, otro factor que incide en la falta de sostenibilidad es la gestión rígida y, en gran medida, burocratizada de los centros públicos, con altos costes por unidad de prestación, personal desincentivado y con poco margen para mejorar, encorsetados en un presupuesto inamovible y ajenos a la competencia de la gestión.

“Se comienza a cuestionar la protección y garantía que el Estado otorga universalmente del derecho a asistencia sanitaria. En los países más subdesarrollados, sin embargo, lo que está en juego es la vulneración del derecho a la salud, entendiendo la salud en el sentido más amplio de bienestar, incluyendo para su medición los niveles de pobreza, de

⁵³ Semanario *Diario Médico*, 13-19 de febrero 2017, p. 17

desigualdad y las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad a muy temprana edad.”⁵⁴

Finalmente, se detecta el poco peso que tiene todavía la gestión privada en la provisión de las prestaciones de sanidad. “Existe cierta confusión en saber si la sanidad es un bien público o un bien privado, y ello al margen de que se garantice su financiación en cualquier caso”⁵⁵. El profesor José Barea, ha sostenido que la sanidad es “un bien privado que se financia con fondos públicos. Es un bien privado, ya que reúne todas las condiciones para serlo, como el requisito de la exclusión, el de competencia y el de consumo. Cuando una persona hace uso de unos recursos sanitarios, nadie más puede hacerlo. Esto no se da en otros bienes como la defensa o el orden público, que son bienes públicos puros. El tiempo que un especialista dedica a un paciente no puede ser compartido por otro paciente”⁵⁶. Por tanto otro factor que incide es el poco peso que tiene la provisión privada en las prestaciones de sanidad. En resumen, los factores más importantes a tener en cuenta para la sostenibilidad del SNS, podemos agruparlos, resumidamente, así:

Cuadro 6 FACTORES QUE INCIDEN EN LA FALTA DE SOSTENIBILIDAD DEL SNS	
FACTORES	
EXOGENOS	ENDOGENOS
<ul style="list-style-type: none"> - ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION - AVANCE TECNOLOGICO - EXIGENCIA CIUDADANA 	<ul style="list-style-type: none"> - CIERTA DEMANDA ABUSIVA - OBSOLESCENCIA TECNOLOGICA - POLITIZACION GESTION SANITARIA - GESTION RIGIDA Y BUROCRATIZADA - POCO PESO PROVISION PRIVADA - TRANSFERENCIAS A LAS AUTONOMIAS

Fuente: Elaboración propia

⁵⁴ MARCOS DEL CANO, A.M. “El Derecho a la Salud desde el punto de vista ético-jurídico”, *Ius Et Scientia*, Vol.2, 2016, p. 18

⁵⁵ BAREA J., *Diario Médico*, 16-04-01, p. 8.

⁵⁶ Ídem.

3.2. Diagnóstico y pronóstico evolutivo de la prestación del derecho a la salud

Es evidente, llegados a este punto, que se plantea un importante reto: Seguir asegurando el derecho a la prestación de la salud de forma compatible con su sostenibilidad. En términos de lenguaje médico, podemos decir que hemos analizado la etiología, los antecedentes, que nos han permitido hacer una estimación del diagnóstico sobre el estado de salud del Sistema Nacional de Salud.

Los problemas que le aquejan están identificados y el pronóstico sobre su evolución es “reservado”, dadas las incertidumbres que sobrevuelan sobre su sostenibilidad. El pronóstico sobre su evolución está condicionado al tipo de tratamiento que se instaure para reconducir su salud y conseguir su sostenibilidad.

De forma que si se instaura un tratamiento de “perfil bajo”, casi placebo, el sistema puede “morir de éxito”, lo hacemos tan bien, somos los mejores y más generosos del mundo, pero no somos capaces de conseguir la provisión de los servicios a coste sostenible.

En este escenario de “perfil bajo” seguiremos sin entender que el hecho de que la financiación sea pública, no supone que la provisión haya de ser también necesariamente pública; que la ausencia de gestión competitiva y eficiente seguirá provocando que se financie el coste de provisión pública, sea éste el que sea, sin buscar la eficiencia en un sistema de competencia con libre elección en el que los pacientes decidirán ser atendidos por el agente, sea privado o público, que les garantice el mejor nivel asistencial.

Por el contrario, si las fuerzas políticas alcanzasen un Pacto por el bien común, lo menos trufado posible de ideologías políticas, con acuerdos en lo fundamental, que no es otra cosa que hacer sostenible el SNS, tendríamos un pronóstico evolutivo muy favorable, dado el alto nivel de calidad de la sanidad española, tanto pública como privada.

Este Pacto de la Sanidad, sería un tratamiento “de perfil alto”, sustraído al vaivén político en los aspectos básicos y esenciales, que aborde de forma racional las tareas de reorientar el SNS para hacerlo sostenible.

Es necesario recordar aquí los efectos que ha producido la crisis desde 2008, debido a las políticas de austeridad, que han afectado a la prestación de los servicios sanitarios.

“Las consecuencias sobre la salud, lógicamente esperables, de la reducción del gasto sanitario público, dependen de la capacidad de adaptación del sistema sanitario (y de la sociedad) a las nuevas circunstancias.”⁵⁷

Toda crisis afecta a la capacidad adquisitiva, al empleo, adquisición de vivienda, exclusión social, autoestima, depresiones, enfermedades, etc.

“Las listas de espera se han incrementado notoriamente desde la crisis, según los datos del registro que tienen su reflejo en la valoración de casi una tercera parte de la ciudadanía para quienes empeoraron en 2012”.⁵⁸

⁵⁷ SEGURA, B, Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS, 2014, *Gaceta Sanitaria*, Junio 2014, pp.7-11

⁵⁸ Ídem

4. EL COPAGO DE LOS ASEGURADOS

4.- El Copago de los asegurados

4.1.- Situación actual en España

Es evidente que la crisis económica vivida en el mundo occidental entre 2008 – 2012 ha tenido unos efectos devastadores en la actividad económica que han incidido poniendo en riesgo el “Estado de Bienestar”, incluyendo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, que se encontró en “una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación”⁵⁹, lo que justificó la publicación del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, implantando medidas que tratan de corregir ciertas ineficiencias, como la ausencia de normas sobre la condición de asegurado, las prestaciones desiguales del catálogo, la adecuación de las prestaciones a la realidad socioeconómica, y la falta de rigor y énfasis en la eficiencia del Sistema. La cuestión nuclear que subyace en la redefinición de la condición de asegurado es la de la asistencia sanitaria que se ha venido prestando, especialmente a los ciudadanos de la Unión Europea, a quienes para recibir la asistencia sanitaria no se les exigía la condición de residir por un periodo superior a tres meses⁶⁰, cuestión que se corrige en el RDL 16/2012, estableciendo la condición fundamental para recibir la prestación del derecho a la salud de tener residencia legal en España por un tiempo superior a tres meses. En los demás casos se atiende en supuestos excepcionales.

Respecto a la redefinición de la condición de asegurado, el impacto mayor lo han sufrido los siguientes grupos:

- a) Las personas de nacionalidad de algún Estado Miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, o de Suiza, residentes en España por menos de tres meses.
- b) Los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, que no reúnan la condición de asegurados, salvo que puedan

⁵⁹ Real Decreto-Ley 16/2012, Exposición de Motivos I

⁶⁰ Directiva 2004/38 CE

acreditar que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

c) Los ciudadanos extranjeros que no cuenten con una autorización para residir en territorio español, salvo: Las prestaciones de urgencias, por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, asistencia al embarazo, parto y postparto, los extranjeros menores de 18 años que recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

En resumen, la condición fundamental para la prestación del derecho a la salud es tener la residencia legal en España por un tiempo superior a tres meses. En los demás casos se atiende en supuestos excepcionales como ha quedado descrito.

Sería conveniente reconsiderar los siguientes aspectos:

a) Unificar el sistema dualista actual de regímenes con los funcionarios de mutualidades y clases pasivas de Muface, Isfas y Mujeju, independientemente de que sean activos o pensionistas.

b) Corregir la falta de equidad en las aportaciones debido a la ausencia de progresividad en función de las rentas percibidas con un tramo demasiado amplio entre 18.000 €/ año y 100.000 €/ año, tanto en el grupo de pensionistas como en el grupo general.

c) Corregir la asignación de las personas a un grupo de renta anual, teniendo en cuenta el número de personas incluidas en cada declaración; la normativa actual solo tiene en cuenta los ingresos del asegurado cuando presenta declaración individual, sin contar los del resto de miembros de la familia, provocando falta de equidad.

En cualquier caso, no debemos olvidar que el copago farmacéutico ha tenido un efecto importante en el consumo farmacéutico.

“En efecto, el aumento del pago ha reducido la utilización de los antiinflamatorios en un 45 por ciento y los antihistamínicos en un 44 por ciento, mientras que el consumo del resto de medicamentos analizados desciende entre un 34 por ciento y un 25 por ciento. Entre

los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas y con tratamiento prolongado, los copagos han producido un menor efecto en la utilización de medicamentos.”⁶¹

4.2.- Situación actual en la UE-15⁶²

El copago de los servicios. Atención Primaria (AP)

Tienen acceso libre a la consulta de atención primaria, sin pago alguno, seis países de la UE – 15: Alemania, Dinamarca, España, Grecia, Italia y Reino Unido, en total, 269,3 millones de personas que representan el 62% de la población UE – 15.

Atención especializada ambulatoria

En once países de la UE – 15 la consulta ambulatoria a especialistas tiene copago: Austria, Bélgica, Francia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, y Suecia, es decir, el 73% de los países UE – 15, lo que supone un 55% de la población (240 millones de habitantes). De ellos, seis países se rigen por un modelo de sistema de seguridad social, y cinco son modelos sistema nacional de salud.

Hospitalización

Existe copago en la hospitalización en diez países de la UE – 15: Alemania, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Países Bajos, y Suecia; son 250 millones de habitantes, lo que suponen el 57,29 % de la población, y el 66% de los países. Siete de estos países se rigen por el sistema de seguridad social, y tres por el tipo sistema nacional de salud.

Todos los países en los que la hospitalización es gratuita, sin copago, trabajan en entornos del modelo de sistema nacional de salud, abarcan el 42,7% (186,6 millones de habitantes) de la población, y son: Dinamarca, España, Italia, Portugal y Reino Unido.

⁶¹ JIMENEZ, S y VIOLA, A. Consumo de medicamentos y copago farmacéutico. Estudios sobre la Economía española, FEDEA, 2016, p. 8

⁶² Portal del SNS, página electrónica del Ministerio de Sanidad: www.msssi.gob.es

Urgencias

En once países de la UE – 15 existe el copago en urgencias, cinco de ellos con un modelo de sistema nacional de salud (Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal y Suecia) y seis con sistema de Seguridad Social (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia y Países Bajos). Este copago afecta a un 73,6% (321 millones de habitantes) de la población UE – 15. Los países que no tienen copago en urgencias son Dinamarca, España, Luxemburgo y Reino Unido, 115,5 millones de habitantes, lo que representa el 26,43% de la población.

Portugal es un ejemplo de copago en los servicios de urgencia, hay copago tanto en las urgencias de atención primaria como en las urgencias hospitalarias. Desde enero de 2012, debido a la intensa crisis económica y financiera que atraviesa el país, el gobierno portugués ante la demanda de la troika en el memorándum de entendimiento, incrementó los pagos a los ciudadanos, entre ellos el de las visitas a los servicios de urgencias y de atención primaria: De 3,80 euros pasó a 10 euros y en las urgencias hospitalarias pasó de 9,60 euros a 20 euros, aunque se exceptúan del copago a los pacientes con bajos ingresos, a los discapacitados y pacientes con enfermedades crónicas (si la visita está relacionada con su enfermedad).

Los medicamentos

Todos los países de la UE – 15 tienen copago para los medicamentos usados en la atención ambulatoria y adoptan muy diferentes modelos de copago:

- Un copago fijo por receta o artículo: Austria, Irlanda, Italia y Reino Unido tienen este tipo de copago. Austria tiene un copago por medicamento de 3,15 euros, con un tope anual del 2% de los ingresos. En el Reino Unido hay copago en Inglaterra de 9,12 euros (7,65 libras esterlinas) por artículo prescrito con mucha población exenta. En Escocia, Gales e Irlanda del Norte no hay copago farmacéutico.
- Una tasa de coseguro: Siempre la misma para todos los medicamentos, Alemania es el ejemplo, la participación es de un 10 % con un mínimo de cinco euros y un máximo de diez euros por artículo.

- Un copago variable: En otros países el coseguro varía según el valor terapéutico del medicamento, las tasas son más altas cuando los medicamentos se usan para síntomas o enfermedades menores. Este modelo es usado en: Bélgica, España, Francia, Grecia y Portugal. En España se utilizan diferentes tasas de coseguros según los ingresos del paciente y según sea activo o pensionista.
 - Una mezcla de modelos: Se utiliza en Francia, donde recientemente se ha añadido un copago fijo (0,5 euros por artículo) más la tasa de coseguro variable (0%, 35%, 70%, 85%) que ya venía aplicando. Bélgica es uno de los países que tiene más complejidad, con diferentes tasas de coseguros y copago, tiene en cuenta tres parámetros. El valor terapéutico del medicamento, su precio y el estado del paciente.
- Finlandia también utiliza el copago por un lado: tres euros por receta y una tasa de coseguro que oscila entre el 0%, 28% o 58% dependiendo del tipo de medicamento.
- Pago coste total: Desde 2013 en Dinamarca y Suecia la gente paga el coste total de los medicamentos hasta llegar a un umbral (deducible), pasa entonces a pagar una tasa decreciente de coseguro, hasta alcanzar un segundo umbral, a partir del cual los costes están totalmente cubiertos. Suecia tiene un deducible de 900 coronas suecas (101,48 euros), con un coseguro que va disminuyendo gradualmente (50%, 25% y 10%) y el gasto de bolsillo anual del paciente está limitado en 1800 coronas suecas (202,96 euros).

En el cuadro número siete que figura a continuación presentamos los datos de copagos en los distintos países de la UE – 15

SEGUNDA PARTE: SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA

Cuadro 7
EL COPAGO DE LOS MEDICAMENTOS Y SERVICIOS EN LA UE – 15

PAIS	ATENCION PRIMARIA	ESPECIALIZADA AMBULATORIA	INGRESO HOSPITAL	URGENCIAS	FARMACOS CON RECETA
DINAMARCA	NO	NO	NO	NO	SI
ESPAÑA	NO	NO	NO	NO	SI
FINLANDIA	SI	SI	SI	SI	SI
IRLANDA	SI	SI	SI	SI	SI
ITALIA	NO	SI	NO	SI	SI
PORTUGAL	SI	SI	NO	SI	SI
REINO UNIDO	NO	NO	NO	NO	SI
SUECIA	SI	SI	SI	SI	SI
ALEMANIA	NO	NO	SI	SI	SI
AUSTRIA	SI	SI	SI	SI	SI
BELGICA	SI	SI	SI	SI	SI
FRANCIA	SI	SI	SI	SI	SI
GRECIA	NO	SI	SI	SI	SI
LUXEMBURGO	SI	SI	SI	NO	SI
PAISES BAJOS	SI	SI	SI	SI	SI

Fuente: Elaboración propia. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, sobre documentos de organismos internacionales: O.M.S. y O.C.D.E.

5. EL MODELO DE MUFACE, ISFAS Y MUGEJU

5.- El modelo de provisión de MUFACE, ISFAS y MUGEJU

5.1. Descripción general

Para la protección de un colectivo de alrededor de 1.500.000 personas, MUFACE, ISFAS Y MUGEJU gestionan un importante conjunto de prestaciones, entre otras, la asistencia sanitaria.

En lo que se refiere a la asistencia sanitaria, incluyendo la farmacéutica, MUFACE forma parte del Sistema Nacional de Salud, en su calidad de entidad gestora del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios, Civiles del Estado. Del mismo modo que ISFAS (Miembros de las Fuerzas Armadas) y MUGEJU (Miembros de la Judicatura).

La asistencia se proporciona, a elección del mutualista, bien en el sistema sanitario público, o bien a través de los medios de las entidades de seguro libre que hayan concertado con la Mutualidad dicha asistencia.

Está bien acogida por funcionarios y sindicatos, cuyos representantes se muestran habitualmente en contra de cualquier participación de las empresas médicas privadas en el sistema sanitario público, y eso aún a costa de retenerles una pequeña cantidad en sus nóminas, cuando el otro sistema lo tendría gratis.

Este sistema es elegido por el 80% de los mutualistas, mientras que el 20% opta por la atención sanitaria pública.⁶³

5.2. Valoración

El sistema no está exento de problemas. Por una parte, la Dirección General de MUFACE perteneciente al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, y por otra las aseguradoras sanitarias que prestan su servicio, que pueden variar cada año, por ejemplo Adeslas, Asisa, Caser, DKV y otras. En medio los funcionarios del Estado (MUFACE), los miembros del Ejército (ISFAS) y los de la Judicatura (MUGEJU), cuya representación la ejercen a través del sindicato mayoritario de funcionarios CSI-F. Todos están interesados en mantener el modelo. ¿Cuál es, entonces, el problema con MUFACE? Parece que el

⁶³ www.redaccionmedica.com, p. consultada día 23-01-18

Ministerio del que sale directamente la partida para pagar el Convenio con las aseguradoras es Hacienda, que no es el mismo que el que recoge los frutos por el mismo, Sanidad y las Comunidades Autónomas, que ven cómo se ahorra tener que dedicar recursos sanitarios para algo más de dos millones de ciudadanos. Sin embargo, las cuentas globales sobre el ahorro parecen claras.

El gasto medio en sanidad pública para el Estado, por cada ciudadano, se sitúa aproximadamente en 2.058 €/año,⁶⁴ en tanto que la prima de MUFACE para el mismo gasto es de, aproximadamente 1.463 €/año⁶⁵

En cualquier caso, parece que el sistema MUFACE es bueno para los dos millones de funcionarios, y para el Estado, por el importante ahorro que supone, consiguiéndose plenamente los principios de libertad de elección de los asegurados, competencia en la provisión y que ésta sea eficaz (cantidad, calidad, tiempo) y eficiente (menor coste, 1.463€/año, frente 2.058 €/año en la pública).

Si desapareciera el modelo MUFACE y esos cerca de millón y medio de españoles dejaran de ir a la sanidad privada y pasaran a las listas de espera de la sanidad pública, con un sistema de financiación y provisión como el actual, el sistema público pudiera colapsar, por lo que el propio Ministerio de Sanidad es uno de los más interesados en mantener este convenio.

El modelo de provisión de las prestaciones sanitarias, en las que el funcionario asegurado puede elegir libremente la asistencia, es el ejemplo que sirve de fundamento para la alternativa de modelo de prestación de servicios médicos que proponemos en la cuarta parte de esta tesis.

⁶⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016, p. 261.

⁶⁵ *Diario El Mundo*, 28-12-17, p.12. “MUFACE y las aseguradoras renuevan por dos años el concierto sanitario por 2.161 millones y dará cobertura a 1.477.320 beneficiarios”

6. MODELOS DE COLABORACION PUBLICO – PRIVADA

6.- Modelos de colaboración público – privada

6.1. Descripción general

A partir del concepto de separación de las tareas de financiación, provisión y producción, se han realizado otras reformas parciales que han tratado de flexibilizar la gestión de los centros sanitarios públicos, con resultados desiguales.

El objetivo principal de la flexibilización ha sido cambiar el estatuto jurídico de los centros médicos públicos, que podían pasar a convertirse en instituciones de derecho privado, por ejemplo, Fundaciones, Empresa Pública, Consorcio, Sociedad Mercantil, Organismo Autónomo Comercial, etc, y explorar otras formas como la concesión administrativa.

6.2. Concesión administrativa

Es relevante destacar el modelo de gestión sanitaria de Concesión Administrativa por las posibilidades de eficacia y eficiencia que están aportando.

Una de las primeras concesiones se desarrolló en Valencia con el denominado Modelo ALZIRA. La fórmula utilizada, regulada en la Ley 13/1995 es la de un contrato de gestión de servicios públicos, en la modalidad de concesión administrativa, que incluye la construcción, equipamiento y gestión de un hospital por un periodo de tiempo fijo. El servicio sanitario sigue siendo un servicio público esencial, y es titular del mismo la Administración Pública concedente, de modo que dicha Administración ejerce las facultades de control, inspección, normativa y sancionadora.

En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, entre 2005 y 2012 se han construido once hospitales con un modelo similar al británico que tenía dos modalidades:

- a) El Llamado PFI (Inversión financiera privada) en el que las empresas adelantaban el dinero y construían los centros a cambio de la gestión de servicios no sanitarios y un canon anual de dinero público durante treinta años. Son los llamados Hospitales de Financiación Privada y Gestión Mixta.

- b) El modelo PPP (sociedad público-privada) donde el centro se levantaba con dinero público y la concesión de toda la gestión se quedaba en manos privadas durante treinta años. Son los llamados Hospitales de Financiación Pública y Gestión Privada.

De los once hospitales de la Comunidad de Madrid hay siete Hospitales de Financiación Privada y Gestión Mixta:

- 1.- Hospital de Henares. Coslada. Febrero 2008
- 2.- Hospital Infanta Cristina. Parla. Febrero 2008
- 3.- Hospital Infanta Leonor. Vallecas. Febrero 2008
- 4.- Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Febrero 2008
- 5.- Hospital Puerta del Hierro. Majadahonda. Septiembre 2008
- 6.- Hospital del Sureste. Arganda. Febrero 2008
- 7.- Hospital del Tajo. Aranjuez. Febrero 2008

De la modalidad de Hospitales de Financiación Pública y Gestión Privada, hay cuatro hospitales:

- 1.- Hospital Infanta Elena. Valdemoro. Noviembre 2007
- 2.- Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Marzo 2012
- 3.- Hospital de Torrejón. Torrejón. Septiembre 2011
- 4.- Hospital de Villalba. Villalba. Enero 2015

En todo caso, partiendo del principio de que con cualquier modelo de gestión el Estado debe mantener su papel constitucional de garante (por tanto no se trataría de dejar en manos del mercado el derecho a la salud) y financiador de la asistencia sanitaria, lo verdaderamente importante es dar la mejor asistencia sanitaria a los ciudadanos, próxima en el espacio, cerca de su lugar de residencia, y en el tiempo, con pocas demoras y razonables, a un coste que permita la mayor eficiencia de los recursos públicos, y para ello nos parece necesario recurrir a las modernas teorías sobre la organización de la prestación sanitaria, que parte de los principios de separación de las funciones de financiación y de provisión de servicios sanitarios, autonomía de gestión de los centros y muy especialmente la libertad de elección del ciudadano, entre centros públicos y privados.

TERCERA PARTE

LA NECESIDAD DE UNA REFORMA

INTRODUCCION PARTE TERCERA

INTRODUCCION TERCERA PARTE

La primera parte de esta Tesis la hemos dedicado a estudiar el derecho de protección de la salud, desde el punto de vista de su naturaleza jurídica, su contenido en España y en la UE – 15, así como la condición de bien público o privado de la salud.

La segunda parte está dedicada a conocer cómo se aplica este derecho en la práctica, como funciona en España y en la UE – 15, cuáles son sus problemas e ineficiencias, y analizamos los distintos modelos de gestión utilizados.

En esta tercera parte vamos a reflexionar sobre la necesidad de reformar el actual Sistema Nacional de Salud (SNS), a partir de haber estudiado las causas de su falta de sostenibilidad actual y sus ineficiencias más significativas.

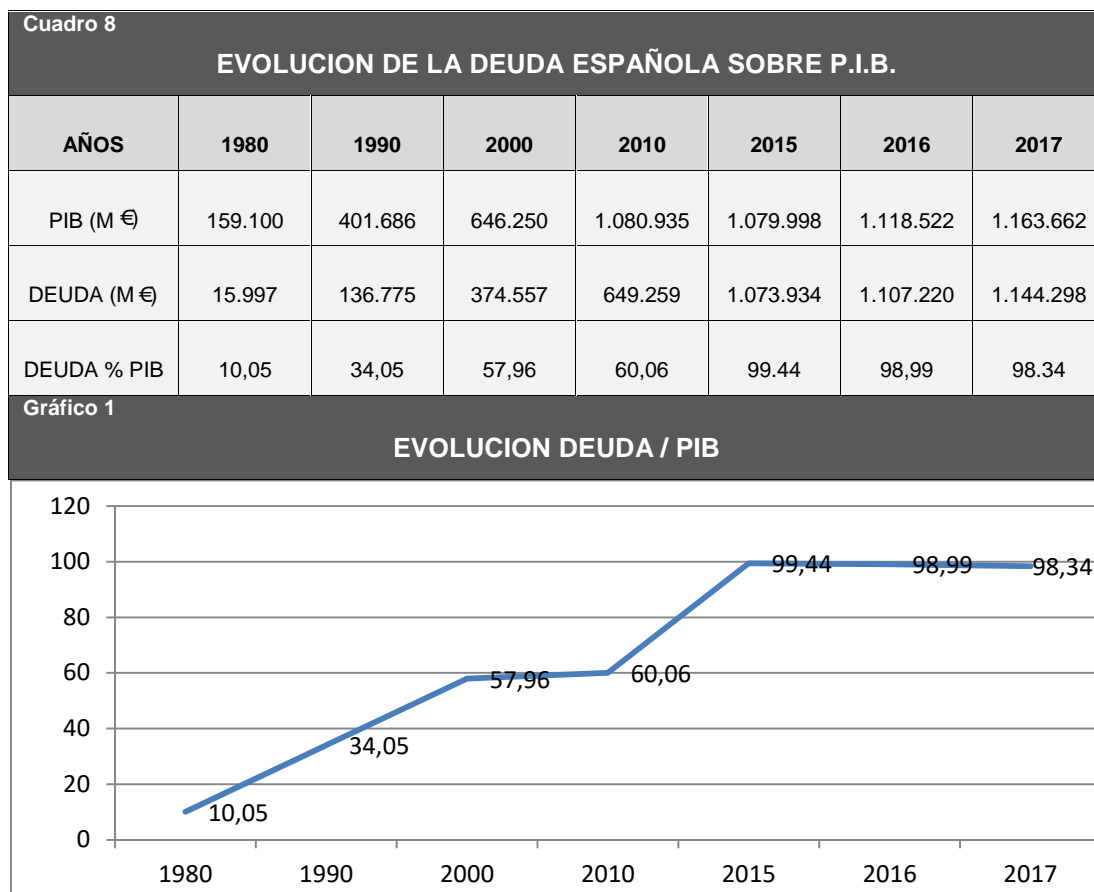
Con este fin identificamos las razones que justifican la necesidad de una reforma del SNS, especialmente en la forma de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias.

**CAPITULO IV: NECESIDAD DE UN NUEVO MODELO DE
FINANCIACION Y PROVISION**

1. La financiación del Derecho de Protección de la salud tiene límites

Como hemos descrito anteriormente, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, está indisolublemente unida al crecimiento anual del Producto Interior Bruto (PIB) y por tanto la financiación del derecho de protección de la salud tiene los mismos límites que soportan todas las partidas que integran los Presupuestos Generales del Estado.

En España, sobre todo desde la crisis de 2008, los déficits presupuestarios anuales se han ido financiando con endeudamiento del Estado, habiendo alcanzado éste a 31-12-17 un nivel próximo al 100% del Producto Interior Bruto⁶⁶, como puede apreciarse en el Cuadro 8 y el gráfico 1.



⁶⁶ "datosmacro.com", p. consultada 01-02-18, y 05-09-18

El endeudamiento supone un límite alto el cual no debería superarse por el efecto rebote que tendría en los déficits presupuestarios anuales, efectos perniciosos sobre la economía real al afectar directamente a la presión fiscal, por tanto, a la economía competitiva, a la inversión privada, y ésta al crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB), que es la fuente de donde proceden los impuestos.

En resumen, los recursos para financiar el derecho de protección a la salud son limitados, tienen poca elasticidad de crecimiento, y es deber de todos buscar la mejor manera de administrarlos de forma eficaz y eficiente.

“Necesidad, equidad y eficiencia, cuando menos, deben ser los criterios informadores de la actividad económica-financiera del sector público. La moderna Ciencia de la Hacienda fija con bastante claridad los linderos de la acción económica del Estado. Decía el estadista extremeño Bravo Murillo: Menos política. y más administración. Los Estados viven por su Hacienda, pero también mueren por ella.”⁶⁷

2.- Fundamentos y condiciones de financiación de la sanidad

Los recursos financieros del SNS tienen su origen en los Presupuestos del Estado y de las Autonomías, cumpliendo el mandato constitucional de la financiación pública del derecho a la protección a la salud.

Los presupuestos citados se nutren de la recaudación de impuestos (renta de sociedades, de personas físicas, de capital, de consumo y otros impuestos), cuya cuantía está condicionada por el crecimiento anual de nuestra economía, medida como Producto Interior Bruto (PIB). De tal forma que la financiación del SNS está indisolublemente unida al crecimiento anual del PIB.

El motor principal del crecimiento de una economía (PIB), a su vez, tiene su fundamento en el crecimiento de la Inversión Privada. Para que esta se produzca en tasas apropiadas que hagan crecer el PIB, se requieren dos grandes bloques fundamentales de condiciones sin los cuales no existirá Inversión Privada: Economía Competitiva y Seguridad Jurídica.

Una economía no es competitiva cuando los costes de los productos o servicios que produce está por encima del que asume el mercado y por ello los proyectos

⁶⁷ Gonzalo, L, catedrático de Hacienda Pública, “ Presupuestos en España”, diario ABC, 31-07-18, p. 3

empresariales no serían viables económicamente, no tienen una tasa de retorno adecuado, y no se realizan inversiones privadas que hagan aumentar la actividad económica, y por tanto, el PIB y con él los ingresos de los impuestos.

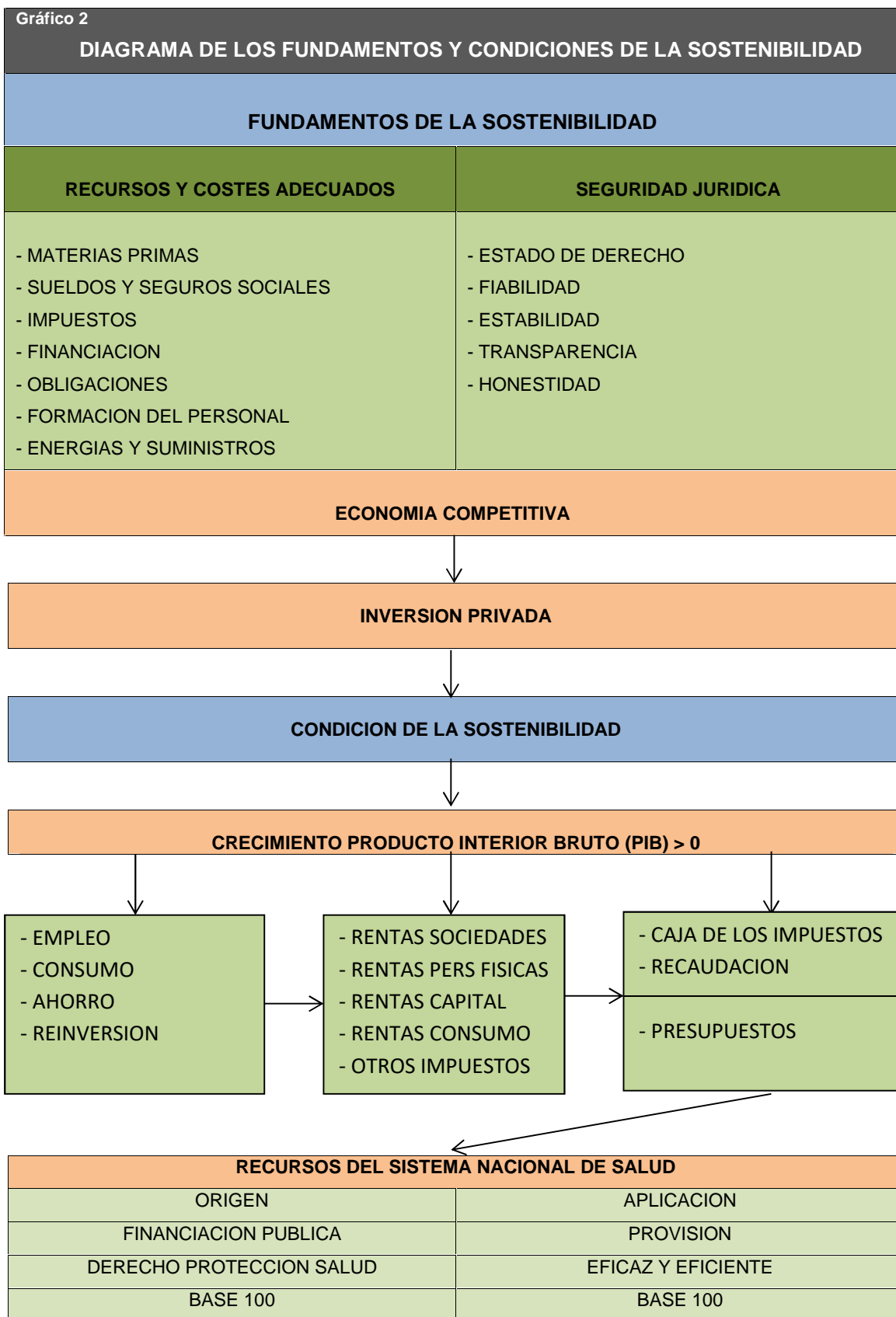
Los costes se refieren, básicamente a los materiales, energía, sueldos, seguridad social y otras obligaciones... Si son altos por efecto de impuestos y cargas que soportan, no puede bajarse los costes, y si no se reducen los costes no hay proyectos competitivos, y sin estos no hay inversión privada, y sin esta no hay actividad económica, y sin esta no crecen los impuestos, y si no crecen los impuestos no pueden crecer los gastos...

Además de unos costes adecuados, una economía competitiva se caracteriza por disponer de infraestructuras y recursos de todo tipo que favorezcan la implantación y mantenimiento de las empresas.

La Seguridad Jurídica, es la estabilidad, seguridad, fiabilidad y transparencia del Estado de Derecho. Los inversores necesitan confiar en que el Estado de Derecho funciona, que las administraciones locales, regionales y estatales son ágiles, competentes, predecibles, transparentes, honestas, justas ... Que están para ayudar y agilizar los procesos, a favor de obra.

Tanto la Economía Competitiva como la Seguridad Jurídica, dependen en gran medida de los poderes públicos. Si los partidos políticos actúan buscando el bien común, adoptaran decisiones encaminadas a conseguir ambas cosas. Para ello hay que administrar muy bien los presupuestos, reducir subvenciones y gastos improductivos, moderar los impuestos y así conseguir una economía competitiva.

Por tanto, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, depende de la calidad de la gestión de la cosa pública que hagan los políticos, pues solo del crecimiento de la economía proceden los impuestos con los que se financia la sanidad, como puede apreciarse en el diagrama simplificado que he elaborado sobre los fundamentos y condiciones de la sostenibilidad del SNS.



SI COSTES PROVISION = FINANCIACION SOSTENIBLE
 SI COSTES PROVISION > FINANCIACION = INSOSTENIBLE

Fuente: Elaboración Propia

3. Necesidad de financiar el mismo coste por unidad de prestación, tanto en la prestación de la sanidad pública como en la privada

La financiación del Derecho de Protección de la Salud reconocido en la Ley 44/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, con fundamento en el principio informador constitucional que declara el artículo 43 de la Constitución española (CE) constituye un deber para la Administración del Estado.

Del mismo modo constituye un deber también para la Administración del Estado cumplir lo dispuesto en el artículo 31.2 CE que dice:

“El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía”.⁶⁸

Este artículo 31.2 CE está incluido en la Sección 2ª del Capítulo Segundo del Título I, y por tanto, le es de aplicación también lo dispuesto en el artículo 53.1 CE que dice:

“Los derechos y libertades reconocidos en el Capítulo segundo del presente título vinculan a todos los poderes públicos. Solo por Ley que en todo caso deberá respetar su contenido esencial, podrá regularse el ejercicio de tales derechos y libertades, que se tutelarán de acuerdo con lo previsto en el artículo 161.1.a).”⁶⁹

Por lo expuesto, el Estado tiene el deber de financiar la producción de las prestaciones sanitarias teniendo en cuenta los criterios de eficiencia y economía del gasto público que le impone la Constitución española.

Aplicar estos criterios de eficiencia y economía implica financiar el coste de producción de las prestaciones sanitarias, al mismo o parecido coste que se obtendría en un modelo de provisión competitiva con operadores públicos y privados, donde el asegurado pudiera elegir libremente el centro, público o privado, en el que obtuviera la oferta más eficaz en cantidad y calidad de los servicios

⁶⁸ Artículo 31.2 CE

⁶⁹ Artículo 53.1 CE

sanitarios, en el menor tiempo posible, y por tanto sin esperas y dilaciones no admisibles.

En la situación actual, el deber del Estado se convierte también en necesidad para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud, y ello requiere buscar soluciones y pactos políticos para llevarlas a efecto.

“Si el modelo de dirección pública de la gestión sanitaria ha sido incapaz de controlar el crecimiento del gasto, cabría preguntarnos si no ha llegado el momento de, conservando la provisión pública que nadie discute, introducir criterios de mercado en la producción de la sanidad, que es un bien privado, lo que podría dar lugar a eliminar las ineficiencias que se producen cuando la producción de un bien privado se traspasa a la esfera del sector público.”⁷⁰

“En un contexto de no mercado, las internalidades aumentan de modo excesivo los costes del organismo, desplazando hacia arriba sus curvas de ofertas, por encima de lo que sería técnicamente factible, dando lugar a unos costes unitarios más altos y a unos niveles más reducidos de producción real del no mercado que los que serían socialmente eficientes, existiendo, por tanto, un fallo del no mercado”, por ejemplo, “el crecimiento presupuestario (más es mejor) y el progreso tecnológico (lo nuevo y lo complejo es mejor).”⁷¹

“En los servicios de asistencia sanitaria suministrados por los países occidentales, la fracción de los costes médicos que asume el asegurado es tan pequeña (o nula) que prácticamente no tiene incentivos para limitar los costes. Así, las fuerzas del mercado que garantizan habitualmente la eficiencia económica, simplemente no entran en juego.”⁷²

4. Necesidad de alcanzar la eficacia y la eficiencia para hacer sostenible el SNS

Cualquier solución que se busque para reorientar el Sistema Nacional de Salud, debería estar fundamentado sobre las premisas de financiar la producción y no el coste, sea el que sea, de mantener los centros sanitarios.

⁷⁰ BAREA, J., “Papeles de Economía Española”, número 69, 1996, p. 56

⁷¹ WOLF, C., “Mercados o Gobiernos”, IEF, 1995, p. 70, citado por Barea, “Papeles de Economía Española”, número 69, 1.996, p. 56

⁷² STIGLITZ, JF. “Análisis económico de la sanidad”, Generalitat de Catalunya, 1994, citado por Barea, J., “Papeles de Economía Española”, número 69, 1.996, p. 56

Para que el coste de producción de las unidades de prestación de los servicios sanitarios pueda considerarse eficiente, se requieren dos condiciones:

- a) Ampliar el número de centros sanitarios competentes, públicos y privados, que constituyan una gran fuente de provisión en competencia eficiente, compatible con la eficacia, que permita garantizar la cantidad de producción, su calidad y el tiempo demandado por los asegurados.
- b) Para que esto sea posible, hay que dotar a los asegurados de la facultad de libre elección del centro sanitario, público o privado, porque ellos acudirán donde mejor se consideren atendidos en cantidad, calidad y tiempo.

La necesidad de la eficiencia, además de ser una obligación constitucional (31.2 CE), tiene una dimensión ética, porque “la peor de las éticas es la del despilfarro, no siendo eficientes, aun teniendo que reiterar los economistas de la salud hasta la saciedad que el objetivo de la eficacia no es minimizar costes sino mejor servir al bienestar con unos recursos limitados”.⁷³

5. Ventajas de dar libre elección a los asegurados

El veredicto de la libre elección del asegurado y, por tanto, de la existencia real de competencia en la provisión de las prestaciones sanitarias, constituye una condición necesaria, imprescindible, para alcanzar la eficiencia en los costes de provisión y no solo de ella, sino también en resolver gran parte de las causas de no sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

La libre elección del asegurado facilitaría poder establecer, como contrapeso un sistema de copagos mínimos, establecido con criterios racionales de equidad, mínimos exentos para ciertas rentas, etc, para frenar o reducir la demanda abusiva en muchas prestaciones, por ejemplo, los servicios de urgencias.

Con un sistema de competencia y libre elección de los asegurados se podría planificar y abordar en mejores condiciones el problema de la obsolescencia tecnológica y económica de los equipamientos actuales.

Del mismo modo, al cambiar el actual paradigma de la provisión pública de la sanidad, reduciría la alta politización de la gestión sanitaria, al obligar a los centros

⁷³ LOPEZ-CASASNOVAS, G., "Diario Médico", 20-11-2016, p. 3

públicos a cambiar su sistema de financiación, adoptando criterios de gestión de resultados basados en la eficacia y eficiencia.

Necesariamente los centros públicos deberán ser dotados de un “estatuto” de empresa, cuyo titular será la Administración competente, en la mayoría de los casos serán las Comunidades Autónomas, con lo que desaparecería la gestión rígida y en gran medida burocratizada de los centros públicos.

6. Modelo agotado

Parece evidente que el Sistema Nacional de Salud (SNS), está agotado y necesita ser modificado para hacerlo sostenible, resolviendo los problemas actuales de falta de eficacia y eficiencia. Múltiples son las causas que provocan esta situación.

Es evidente que el mundo cambia constantemente, y cada vez de forma más rápida. Las formas de pensar del ser humano y su propio pensamiento, sus necesidades, sus expectativas, sus gustos, su capacidad de exigir sus derechos, cada vez comportan demandas de mayor contenido en calidad, cantidad y tiempo.

Simultáneamente, el progreso científico es ingente, con ofertas constantes de mejores bienes y servicios, atractivos, que ofrecen a las personas mejor calidad de vida en el hogar, las comunicaciones, la cultura, viajes, vacaciones, sanidad, etc.

En este mundo cambiante se ha demostrado que la oferta de bienes y servicios genera demanda de ellos, aunque no se necesiten, creando a las personas unas expectativas que, en muchas ocasiones, no pueden alcanzar, pero generan una mentalidad de reivindicación y exigencia que es difícil satisfacer.

Sin embargo, en el caso concreto de las prestaciones sanitarias, con un Sistema Nacional de Salud, universal y gratuito, donde todas las personas tienen satisfechas sus más altas expectativas, sin apenas coste directo, la tendencia natural es demandar las mejores prestaciones en calidad, cantidad y tiempo.

A partir de aquí podemos deducir que uno de los factores que tienen una incidencia significativa en las causas de no sostenibilidad del sistema, no es el uso ordinario del mismo, sino la demanda abusiva en muchas prestaciones. En economía, se sabe que a coste cero la demanda tiende a infinito.

La cuestión fundamental aquí, no es tanto aminorar los costes, sino ajustar la demanda de prestaciones a la necesidad real. Es paradigmático el uso abusivo de los servicios de urgencias, a donde se acude con patologías no urgentes, porque se

obtiene una atención, aparente, más rápida y mejor, con lo que se colapsan las atenciones a las verdaderas patologías de urgencias, y además baja la calidad asistencial, en lugar de acudir a un centro de salud no hospitalario.

Por otro lado, la esperanza de vida al nacer en España, con datos de 2015, es de 85,8 años para las mujeres y de 80,1 para los hombres ⁷⁴, una de las más altas de Europa, y en ascenso, lo que supone una demanda añadida de servicios sanitarios por el mayor cuidado que requieren las personas cuanto más edad tienen, por ley natural. Por tanto, existe una demanda de asistencia que crece más proporcionalmente que la propia población, esto no debe ser un problema, sino una gran satisfacción, pero es una causa más añadida que hay que tener en cuenta. El envejecimiento de la población, que en sí mismo es una buena noticia, tiene la contrapartida de la demanda creciente de asistencia médica.

Unido a ello, tenemos un avance tecnológico en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales, verdaderamente espectaculares, lo que provoca una demanda de recursos humanos muy profesionalizados, recursos físicos de inmuebles e instalaciones complementarias, que se traduce en una ingente de demanda de recursos financieros para su adquisición y mantenimiento. Posiblemente este factor, en términos de sostenibilidad, es el más importante y plantea el dilema de caer en la obsolescencia de los equipamientos actuales y no renovarlos, o, por el contrario, buscar y encontrar soluciones adecuadas.

La patronal de empresas de tecnología sanitaria, FENIN, en su último estudio de 2015 indicaba que el 25% de los equipos de diagnóstico, monitorización y terapia estaban obsoletos, y advertía de una importante desigualdad de acceso a tecnología sanitaria entre autonomías.

España no cumple con las directrices europeas de la COCIR (Comité Europeo de Coordinación de la Industria de Electro-medicina, Radiología y Cuidado de Salud). En equipos de alta tecnología, según SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica), solo un 34% de las tomografías computarizadas (TC) tenían menos de cinco años de antigüedad, el 44% tenía entre cinco y diez años y el 23% incluso hasta más de diez años. Las resonancias magnéticas, un 33% tiene más de 10 años y un 25% tiene menos de cinco años. “Si en el caso de las TC España ocupa

⁷⁴ OCDE, Informe 2017, datos 2016, www.oecdbetterlifeindex.org, página consultada 23-12-17

el quinto lugar por la cola en Europa en obsolescencia tecnológica con las RM aparece en el último lugar. La solución y el problema es cómo financiar el plan: ¿Cómo pagarán los hospitales? La situación no es crítica, pero el problema es muy serio”.⁷⁵

Según la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) uno de cada tres equipos de resonancia magnética está desactualizado, uno de cada tres ecógrafos tiene más de diez años, y más del 40 por ciento de los equipos de soporte vital avanzado supera los 12 años, cuando las recomendaciones de la Asociación Europea de Electro-medicina recomienda que, al menos, el 60% de los equipos tenga una edad inferior a 5 años.⁷⁶

Hoy la obsolescencia no lo es técnicamente (pueden seguir trabajando los equipos), sino tecnológica y económicamente.

El Consejero de Salud de Galicia, Jesús Vázquez, ha declarado “que la asistencia sanitaria es un sector en el que el nivel tecnológico es cada vez más importante. Por tanto, es imprescindible reconocer a las empresas fabricantes como uno de los agentes involucrados en el funcionamiento del sistema. Pero este reconocimiento implica también una responsabilidad y supone que todos los agentes intervinientes deben ser partícipes, entre otras cosas, de la propia sostenibilidad del sistema... no solo económica sino también de medios. Por ello lo que hay que propiciar es que las relaciones entre el sistema público y el sector privado sean de colaboración y tratar de evitar en las relaciones en las que cada parte sólo vele por sus intereses y contribuir conjuntamente al fin común que es mejorar la salud de los ciudadanos”⁷⁷

En este contexto de factores encadenados debemos destacar el hecho de haber transferido a las Comunidades Autónomas las competencias en Sanidad que, en mi opinión, ha supuesto mantener una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, derrochándose las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo, además del alto nivel de politización en puestos directivos de gestión, lo que no permite aprovechar la sinergias de un sistema único.

⁷⁵ GAYETE, A. op. cit., p. 10

⁷⁶ SERAM, “Semanario Diario Médico”, 13-19 de febrero 2017, p. 17

⁷⁷ VAZQUEZ, J. Revista Previsión Sanitaria Nacional, PSN, nº febrero 2018, p. 45

Las transferencias de las competencias en sanidad, y la alta politización de la gestión sanitaria son un factor muy importante que incide en su no sostenibilidad.

Por otro lado, otro factor que incide en la falta de sostenibilidad es la gestión rígida y en gran medida burocratizada de los centros públicos, con altos costes por unidad de prestación, personal desincentivado y con poco margen para mejorar, encorsetados en un presupuesto inamovible y ajenos a la competencia de la gestión.

Finalmente, se detecta el poco peso que tiene todavía la gestión privada en la provisión de las prestaciones de sanidad. Existe cierta confusión en saber si la sanidad es un bien público o un bien privado, y ello al margen de que se garantice su financiación en cualquier caso. “La sanidad es un bien privado que se financia con fondos públicos. Es un bien privado, ya que reúne todas las condiciones para serlo, como el requisito de la exclusión, el de competencia y el de consumo. Cuando una persona hace uso de unos recursos sanitarios, nadie más puede hacerlo. Esto no se da en otros bienes como la defensa o el orden público, que son bienes públicos puros. El tiempo que un especialista dedica a un paciente no puede ser compartido por otro paciente.”⁷⁸

Por tanto otro factor que incide es el poco peso que tiene la provisión privada en las prestaciones de sanidad.

“Todas estas cuestiones pendientes influirán notablemente en las tendencias a las que ya se va enfocando el Derecho a la Salud que va a configurar probablemente un sistema donde el sector público vaya a tener un papel preponderante, pero con entrada del sector privado en mayor medida en temas de gestión como ya viene dándose, además del incremento de colaboración de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.”⁷⁹

“Será posiblemente un hecho que los copagos vuelvan a aparecer en determinados casos de tratamientos no esenciales. Ello esboza un sistema en el

⁷⁸ BAREA, J., “Diario Médico”, 16-04-01, p. 12

⁷⁹ MORENO, F.J. citado por Marcos del Cano, A.M. y Méndez Martín, J. en “El derecho a la salud.”, op. cit., p. 79.

que el usuario va a observar algunos cambios en la forma de atención, pero que si se gestionan adecuadamente pueden resultar positivos”.⁸⁰

7. Alternativas de modelos

Por otro lado, muchas son las voces autorizadas que han puesto de manifiesto la necesidad de cambiar el modelo actual de financiación y provisión del Derecho de Protección de la Salud, por un modelo de “competencia interna”.

“Un modelo destinado a fomentar la competencia interna es el desarrollado por Enthoven, 1985”.⁸¹

“El punto de partida de estos modelos es la observación que en un sistema privado de seguros médicos, existe una separación de funciones (aseguramiento y provisión de servicios médicos) y una competencia que garantiza la eficiencia de los resultados. Así, por ejemplo, las propias compañías de seguros deben intentar satisfacer al usuario para que no cambie de compañía. De igual forma, los médicos y hospitales contratados por la compañía de seguros deben trabajar de forma eficiente, porque si venden sus servicios a un precio elevado, las compañías de seguros no los contratarán y si no ofertan una calidad asistencial adecuada, los pacientes tampoco. Esta competencia entre compañías de seguros (para atraer clientes) y centros médicos (por ser contratados por las compañías de seguros y ser demandados por los pacientes) acaba conduciendo a una gestión eficiente. La idea del mercado interno es simplemente replicar esta competencia dentro del Sistema Público de Salud”.⁸²

Los modelos de “competencia interna” se basan en tres principios:

Primero: Separación de las áreas de financiación, provisión y producción pública, descentralización de la provisión y la gestión de las unidades productivas (hospitales, centros de salud, etc).

Segundo: Competencia entre los centros productivos públicos y privados.

Tercero: Libertad de elección del usuario.

⁸⁰ MARCOS DEL CANO, A.M. y MÉNDEZ, J., op. cit., p. 179.

⁸¹ ALBI, E., GONZALEZ-PARAMO, J.M. y ZUBIRI, I., “Economía pública I, Fundamentos, Presupuesto y Gasto”, Ariel Economía, Tomo I, 2005

⁸² Ídem.

En este modelo de competencia interna, se trataría que tuvieran autonomía de gestión los centros médicos del sistema público, similar a la de los centros privados, y compitieran entre sí y, en su caso, con los centros privados para atraer a los pacientes del sistema público de sanidad. Los pacientes podrían elegir en qué centro ser atendidos y los costes de la atención serían pagados por el Sector Público.

En España en 1991 la Comisión Nacional para la Evaluación de la Salud (CESNS), propuso reformar el Sistema Nacional de Salud,⁸³ e introducir una competencia interna, separando las tareas de financiación, provisión y producción. Según este esquema habría que realizar las funciones diferentes siguientes:

- La Administración del Estado (central y autonómico) tendría la función de establecer la política sanitaria (normas de sanidad, criterios de calidad, etc) y de financiar la cobertura sanitaria.
- Las Áreas de Salud tendrían que garantizar la cobertura sanitaria en su zona, y se convertirían en unidades autónomas financiadas por las Comunidades Autónomas, bien mediante asignación de fondos o con una cantidad fija por residente en el área, ajustada por factores demográficos, mortalidad, etc.

Dentro de los límites del área sanitaria, se concertaría con los centros privados, que cumplieran con determinadas condiciones de solvencia financiera y acreditación sanitaria, de forma que el usuario tendría libertad de elección del centro en que deseara ser atendido.

La Ley 15/1997, de 25 de abril de Habilitación de Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, estableció en su artículo Único, que “la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho.”

Ese mismo año el entonces INSALUD puso en marcha dos fundaciones, la de Alcorcón en Madrid y la de Manacor, en Mallorca. Baleares contó pronto con dos

⁸³ El denominado Informe Abril Martorell, es el emitido en el Congreso de los Diputados con fecha 19-02-1990, por la Comisión creada al efecto para la reforma del Sistema Nacional de Salud.

fundaciones más, son Llatzer e Inca. El Servicio Vasco de Salud – Osakidetza, se convirtió, gracias a su Ley de Ordenación Sanitaria en un ente público.

En 1999, la Comunidad Valenciana construyó en Alzira el primer hospital gestionado íntegramente por una empresa privada: Hospital de la Ribera. Nació un nuevo modelo de concesión administrativa que generó, y continua haciéndolo, una gran polémica. La Generalitat Valenciana puso en marcha cuatro concesiones más: Denia, Elche-Crevillente, Manises y Torrevieja.

Por su parte, la Comunidad de Madrid, desarrolló un proyecto de construcción y equipamiento de nuevos hospitales, en la doble modalidad de Hospitales de Financiación Privada y Gestión Mixta, en el que las empresas adelantaban el dinero y construían los centros a cambio de la gestión de servicios no sanitarios y un canon anual de dinero público durante treinta años (modelos PFI) y Hospitales de Financiación Pública y Gestión Privada, donde el centro se levantaba con dinero público, y la concesión de toda la gestión se quedaba en mano privadas durante treinta años (modelos PPP).

Muchos de los intentos se han quedado en el camino. Así, en Galicia, la Xunta disolvió las fundaciones e integró a su personal en el SERGAS. Las Baleares siguieron el mismo camino, igual le ocurrió a la Fundación Hospital de Calahorra, en La Rioja.

Así mismo, en Madrid en 2016 se integraron en el SERMAS y pasaron a ser de gestión directa los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, Henares, Sureste y Tajo.

Por su parte, la Comunidad Valenciana ha anunciado su decisión de revertir todas las concesiones y transformarlas en gestión pública, la primera concesión, la de La Ribera, finaliza el contrato en 2018, y la Consejería ya tiene listo el proceso de integración que se iniciará al no prorrogar el contrato.⁸⁴

El modelo actual del Sistema Nacional de Salud, no es sostenible por muchas razones y resulta más complicado aún por la circunstancia de estar transferidas la mayor parte de las competencias que se refieren a las prestaciones sanitarias a las autonomías.

⁸⁴“eldiario.es”, 28-03-17, “el gobierno valenciano comienza a rescatar el hospital de Alzira, cuya concesión no renovará.”, p. consultada 02-01-18

Todos los modelos de asistencia sanitaria iniciados desde la Ley 44/1986, General de Sanidad, y la legislación posterior que la ha desarrollado, adolecen del problema de la falta de separación real de la financiación y la provisión, como ha quedado puesto de manifiesto a lo largo de esta Tesis.

“Aquí sí que nos encontramos un problema además grave: ¿Cómo introducir eficiencia o racionalidad en el gasto? La respuesta que progresivamente ha ido ganando adeptos es la siguiente: Que la producción de los servicios sanitarios se realice competitivamente. Esto se basa en que la creación de un mercado sanitario redundara en mayor eficiencia, al igual que se ha demostrado históricamente que la asignación de recursos vía mercado es más eficiente que cualquier otra. Pero ¿cómo crear tal mercado cuando regulador, financiador, comprador y productor de los servicios sanitarios confluyen en el mismo sujeto? Es decir, para crear tal mercado es necesaria la existencia de una pluralidad de sujetos que realizan una pluralidad de funciones, y además lo hagan compitiendo entre sí, en definitiva, es necesaria la existencia de compradores y vendedores, o al menos un comprador y varios vendedores”.⁸⁵

La separación entre financiador, comprador y productor de los servicios sanitarios ha sido propuesta por varios autores, entre otros por el profesor Barea, J, cuyo esquema básico de propuesta puede observarse en el gráfico número 2.⁸⁶

El modelo propuesto en 1.996 por el profesor Barea, se apoya en el llamado Informe Abril Martorell que fue presentado el 19-02-1990 en el Congreso de los Diputados por la Comisión creada al efecto para la reforma del sistema Nacional de Salud, en la que se propuso:

Recomendación 7ª del Informe Abril:

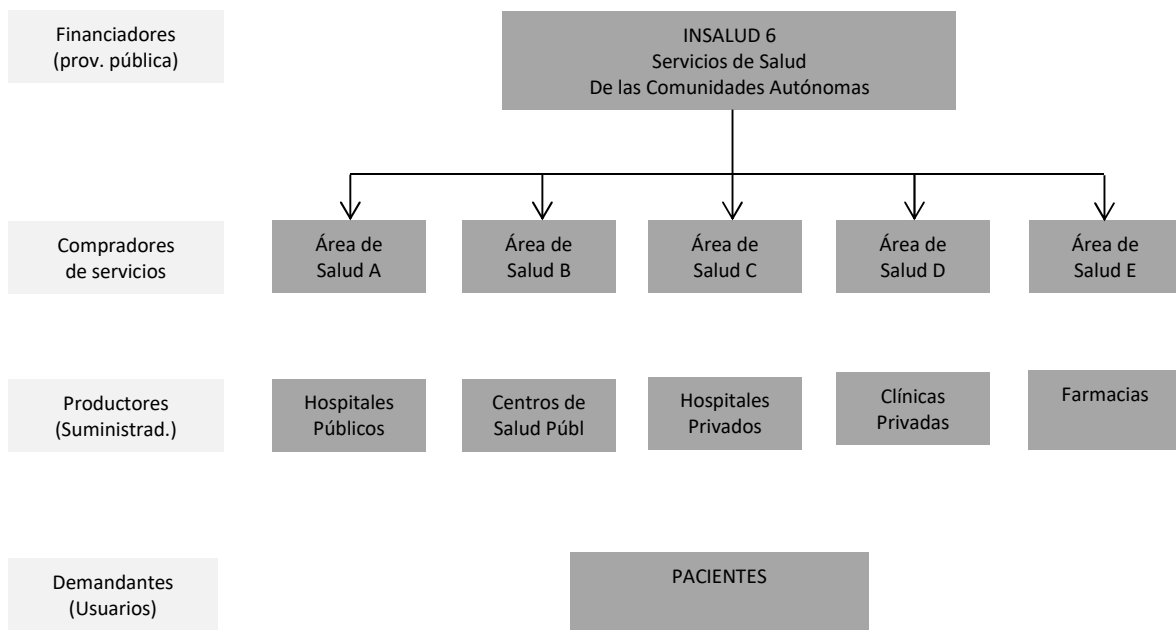
“Separar la financiación (pública) de la provisión de servicios (pública y privada) como punto principal para mejorar la eficacia. Esta separación, que constituye también un criterio fundamental en las reformas proyectadas en algunos

⁸⁵ BETANCOR, A, “Las nuevas formas organizativas en el ámbito de la gestión sanitaria”, Ministerio de Sanidad, en “Derecho de la Sanidad: Seis estudios”, 2002, p. 117

⁸⁶ BAREA, J., “Papeles de Economía Española”, núm. 69, 1996, p. 58

sistemas sanitarios europeos, permitiría introducir un cierto grado de competencia entre los proveedores, de forma que fuesen premiados aquellos que presten una atención eficiente, y, por otra parte, crearía las bases para ampliar la libertad del usuario.”⁸⁷

Gráfico 3
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE PRESTACION SANITARIA PUBLICA PROPUESTO POR PROF. BAREA



Fuente: Modelo Propuesto por el Prof. Barea, J, en “Papeles de Economía Española” nº 69, 1996, pág. 58

Aunque ni el Informe Abril, ni el modelo propuesto por el profesor Barea, nunca fueron implementados, no por ello hay que dejar de reconocer que fueron aportaciones muy acertadas que sentaron las bases para concienciar de la necesidad de “introducir la competencia dentro del mercado público de la sanidad, como a nivel de los centros públicos que producen el servicio de sanidad, que deben tener estructuras organizativas y sistemas de gestión análogos a los de las empresas privadas.”⁸⁸

⁸⁷ Recomendación nº 7 del Informe Abril, citada por Barea, J, idem

⁸⁸ Ibidem, p. 57

8.- Pacto de un nuevo modelo

En realidad, existe cierto consenso en que el modelo actual de Sistema Nacional de Salud, con las transferencias de la financiación y las provisiones de las prestaciones sanitarias a las Comunidades Autónomas, está fracasado, por las causas expuestas, y agravado con la tendencia centrífuga y falta de lealtad constitucional de algunas de las Comunidades Autónomas.

Somos muchos los que creemos que ha llegado el momento de repensar el sistema, revertir algunas competencias, y reorientarlo de nuevo por la senda de financiar la producción de las prestaciones sanitarias desde el Estado, en un entorno competitivo, ampliando la provisión con centros públicos y privados, donde el asegurado tenga la libertad de elección de centro sanitario, según la eficacia (cantidad, calidad, tiempo) que le ofrezcan.

Como todo el mundo debe saber, no existen soluciones simples, sencillas, mágicas, para los problemas complejos, como es el caso de la prestación del derecho de protección de la salud en un Sistema Nacional de Salud.

El abordaje de los problemas complejos requiere, en primer lugar, hacerlo con profesionalidad, es decir, metodología y responsabilidad.

La primera consideración es que todos los análisis para conseguir la sostenibilidad se hagan sin prejuicios ideológicos, sin demagogias, con responsabilidad y pensando en el bien común.

Sabemos que la Política con mayúsculas es el arte de lo posible y por ello los políticos tienen que aplicar metodología y responsabilidad, como cualquier buen profesional, para conjugar el arte de lo posible (necesario y deseable), con las limitaciones de la economía, que, como sabemos, es el arte de satisfacer necesidades humanas con recursos escasos.

Ahora, más que nunca, tenemos necesidad de políticos con visión de Estado, en los que prime el objetivo del bien común por encima de su pensamiento ideológico, que sean capaces de marginar del debate político cuestiones tan importantes y delicadas como el derecho a la prestación de la salud, y más en un modelo como el SNS, universal y gratuito, que requiere grandes dosis de objetividad y profesionalidad para hacerlo sostenible. En mi opinión, este es el principal problema

para abordar los factores que requieren intervención profesional, sin demagogias y altura de miras.

Por ello, a partir de esta primera consideración, y consecuencia de ella, creo que es necesario materializar un gran PACTO POR LA SANIDAD, que salvaguarde del debate político, sea el que sea el partido que gobierne, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Es una cuestión de política y economía. No se pueden garantizar políticamente derechos de contenido fundamental que requieren financiación pública sin contar con la economía, es decir, sin saber si el Estado puede sostenerlo, sin poner en riesgo el conjunto del llamado “Estado de Bienestar”, lo que se producirá con un exceso de endeudamiento, que obliga a aumentar la carga impositiva, lo que a su vez tiene un efecto directo en el crecimiento económico porque incide como factor negativo en la actividad económica.

“Es conveniente en la actualidad al realizar cualquier análisis de la situación de desarrollo de los Derechos Sociales, y en particular de cualesquiera de los que se analice en detalle cómo sería en este caso el Derecho a la Salud, el tener en cuenta aun mínimamente los datos económicos principales, aunque el análisis se realice desde la filosofía jurídica. La razón principal es que puede entenderse con mejor detalle cuando se habla de derechos, que para su realización los medios financieros que pueden desarrollarlos por estar disponibles desde las diferentes administraciones públicas son imprescindibles. Ello pone de relieve el carácter transversal de la disciplina y el papel que debe desempeñar como conocimiento e instrumento de análisis de la realidad jurídica que debe cada vez mas complementarse con datos de disciplinas complementarias al Derecho, como son la economía, la sociología, la historia y en general las ciencias sociales. Sin esa dimensión, hoy la filosofía jurídica quizá no cumpla su verdadero nivel de desarrollo exigible a una disciplina que debe constituirse cada vez más en una reflexión amplia sobre el hecho jurídico y principalmente de los Derechos fundamentales y los Derechos económicos, sociales y culturales”⁸⁹

⁸⁹ MARCOS DEL CANO, A.M. MENDEZ, J., op. cit., p. 170

**CAPITULO V. MODELOS DE GESTION DE LA PROVISION DE
LAS PRESTACIONES SANITARIAS EN EUROPA**

**1. EL INFORME EURO HEALTH CONSUMER POWER HOUSE
2017**

1.- El Informe Euro Health Consumer Powerhouse de 2017

Euro Health Consumer Powerhouse es una organización de consumidores sueca especializada en sanidad y colaboradora de la comisión europea. Anualmente elabora un informe denominado EuroHealth Consumer Index, (EHCI-2017-index-A3-Sheet), que acompaña con dos documentos aclaratorios, el EHCI-2017-press-release y el EHCI-2017-report.

Para puntuar todos los campos del estudio se han realizado entrevistas y encuestas a más de 970 asociaciones de pacientes.

En el informe correspondiente a 2017 publicado el 29-01-18, indica que la asistencia europea está mejorando de manera constante. Analiza la salud en 35 países europeos, sobre la base del comportamiento de cada país en los siguientes parámetros:

- 1.- Derechos de los pacientes e información.
- 2.- Listas de espera (accesibilidad).
- 3.- Resultados.
- 4.- Servicios cubiertos y prevención.
- 5.- Producto farmacéutico.

Todo ello con una puntuación máxima de 1.000 puntos.

La clasificación de los 35 países europeos se presenta en la tabla número 8.

Como puede observarse, España ocupa el puesto 18 de 35 países analizados. En los tres primeros puestos de la lista se sitúan Holanda, Suiza y Dinamarca. Esta clasificación hace retroceder a España de forma significativa. En el estudio, cuando se analizan los datos de España, se puede leer cómo las causas del mal resultado se deben a la enorme variación regional y a una gestión que alarga los tiempos de espera, resaltando que el problema de las listas de espera no es por falta de recursos, sino por fallos de gestión. Precisamente en la categoría de accesibilidad es donde se obtiene la peor nota por los tiempos de espera y la gestión. Literalmente, el informe (traducido del idioma inglés en que se emite), dice:

“España.

18º lugar, 695 puntos. Muy regionalmente descentralizado. La atención médica en España parece depender demasiado de la búsqueda de atención privada para la excelencia real; sobre los indicadores de resultados en 2017 a la par con Reino Unido y la República Checa, la encuesta de Organización del paciente de 2017 da una visión pobre sobre la accesibilidad”.⁹⁰

El detalle de sus resultados los presentamos resumidos en el Cuadro nº 8

Cuadro 9		
EUROHEALTH CONSUMER. DATOS DE ESPAÑA		
DISCIPLINA	PUNTOS	NOTA
1. - Derechos de los Pacientes Todos los indicadores good or intermediary	88/125	7,04
2.- Accesibilidad al Sistema Indicadores not-so-good: Acceso directo a especialista, TAC > 7 días, y espera especialista > 90 días	113/225	5,02
3.- Resultados (outcomes) Indicadores not-so-good: Índice infecciones	222/350	6,34
4.- Servicios cubiertos Todos los indicadores good or intermediary	94/125	7,52
5.- Prevención Todos los indicadores good or intermediary	106/125	8,48
6.- Productos farmacéuticos Indicadores not-so-good: Acceso a nuevas terapias	72/100	7,20

Fuente : EHCI-2017-Report-de-Health consumer-index-2017.

Cabe preguntarse ¿qué están haciendo los holandeses? La respuesta exacta la encontramos en el Informe que estamos analizando que al respecto dice:

“Holanda se caracteriza por una multitud de proveedores de seguros de salud que actúan en competencia y están separados de los cuidadores y hospitales. Además, probablemente tenga el mejor y más estructurado acuerdo para la participación de las organizaciones de los pacientes en la toma de decisiones y la formulación de políticas sanitarias en Europa.

⁹⁰ Björnberg, A., “EHCI-2017-Report-de Health Consumer Powerhouse”, p. 15, disponible en el sitio web: www.healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017/

El sistema de salud holandés ha abordado uno de sus pocos puntos débiles tradicionales, la accesibilidad, al establecer 160 centros de atención primaria que tienen servicio de cirugías, abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Dado el pequeño tamaño del país, esto es poner una clínica abierta al alcance de cualquiera. Las decisiones operativas de salud se toman, mayoritariamente, por profesionales médicos con la participación del paciente. Las agencias de financiación y los aficionados a la salud, como los políticos y los burócratas parecen estar más alejados de las decisiones operativas de la salud que en cualquier otro país europeo”.⁹¹

Cuadro 10							
EUROHEALTH CONSUMER INDEX 2017							
RANK	PAIS	INDICADORES					TOTAL SCORE
		1	2	3	4	5	
1	Holanda	126	200	278	232	88	924
2	Suiza	117	226	278	195	83	898
3	Dinamarca	117	188	267	215	78	864
4	Noruega	125	125	289	234	78	850
5	Luxemburgo	104	213	244	216	72	850
6	Finlandia	108	150	289	221	78	846
7	Alemania	108	188	267	184	89	836
8	Bélgica	104	213	233	210	72	832
9	Islandia	117	175	211	228	56	830
10	Francia	104	188	256	194	83	825
11	Austria	113	188	233	205	78	816
12	Suecia	113	113	278	226	78	807
13	Eslovaquia	113	226	189	156	67	749
14	Portugal	108	138	233	196	72	747
15	Reino Unido	113	100	222	222	78	735
16	Eslovenia	108	163	211	172	72	726
17	República Checa	79	188	222	181	56	726
18	España	88	113	222	201	72	695
19	Estonia	113	163	189	166	61	691
20	Serbia	104	200	167	146	56	673
21	Italia	88	150	211	174	60	673
22	Macedonia	108	200	133	152	56	649
23	Malta	88	150	167	199	39	642

⁹¹ Ibídem, p. 9

TERCERA PARTE: LA NECESIDAD DE UNA REFORMA

24	Irlanda	75	88	211	173	83	630
25	Montenegro	88	200	156	129	50	623
26	Croacia	96	138	178	159	50	620
27	Albania	88	213	156	107	33	596
28	Letonia	104	138	156	145	44	587
29	Polonia	79	125	167	158	56	584
30	Hungría	79	138	156	167	44	584
31	Lituania	104	138	144	143	44	574
32	Grecia	58	125	200	135	50	569
33	Bulgaria	67	176	156	112	39	548
34	Rumania	71	113	122	100	33	439
35	Chipre	s/c	s/c	s/c	s/c	s/c	s/c

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del documento "EHCI-2017-index-A3-sheet", de Health Consumer Powerhouse, disponible en el sitio web www.healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017

Como resumen de lo que puede considerarse más representativo de los sistemas de salud en Europa, respecto de la cuestión de la provisión y libre elección de los asegurados, hemos seleccionado a seis países con características homogéneas con España, cuyos datos reflejamos a continuación:

2. Características de los sistemas de provisión y libre elección de los asegurados⁹²:

2.1. Alemania

Población: 82 M (Eurostat 2013)

Sistema: Seguridad Social (SSS)

Provisión:

Atención Primaria (AP) se provee fundamentalmente por médicos de familia (94%), que reciben un pago por servicio.

⁹² Fuente: Elaboración propia a partir de información Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: Características e indicadores de salud, 2013

Los especialistas ambulatorios trabajan en forma privada y reciben un pago por servicio. La atención hospitalaria es provista por una mezcla de público (54%) y privado (46%). Los médicos especialistas hospitalarios cobran un salario.

Acceso al Sistema Sanitario:

Atención Primaria (AP): Libre elección de médico.

Especialistas acceso libre prescrito por un AP.

Lista de espera: No significativa.

2.2. Francia

Población: 63,4 M (Eurostat 2013)

Sistema: Seguridad Social (SSS)

Provisión:

La Atención Primaria (AP) y los especialistas extra-hospitalarios son médicos privados. El sistema de pago es el de pago por servicio.

La atención hospitalaria es provista por una mezcla de público (25%) y privado (75%). Los médicos especialistas hospitalarios cobran un salario y se está implementando el pago por GRDs (Grupos Relacionados por el Diagnóstico).

Acceso al Sistema Sanitario:

Atención Primaria (AP): Libre elección de médico.

Especialistas acceso libre prescrito por un AP.

Hospitales: Libre elección.

Lista de espera: No significativa.

2.3. Italia

Población: 60,9 M (Eurostat 2013)

Sistema: Nacional de Salud (SNS)

Provisión:

La Atención Primaria (AP) y los especialistas extrahospitalarios son médicos del SNS, con actividad pública-privada. El sistema de pago es caputivo.

La atención hospitalaria es provista por una mezcla de público y privado concertados.

Acceso al Sistema Sanitario:

Atención Primaria (AP): Libre elección de médico.

Especialistas acceso libre prescrito por un AP.

Hospitales: Libe elección limitada.

Lista de espera: Significativa.

2.4. Países Bajos

Población: 16,7 M (Eurostat 2013)

Sistema: Seguridad Social (SSS)

Provisión:

Pago por caputivo y pago por servicio que puede ser complementada por otros servicios.

La atención hospitalaria es provista por una mezcla de público y privado concertados, que tienen presupuestos basados en una cantidad fija por cama, pacientes y profesionales. Se está trabajando con presupuestos basados en GDRs. (Grupos Relacionados por el Diagnóstico)

Acceso al Sistema Sanitario:

Atención Primaria (AP): Libre elección de médico.

Especialistas acceso libre prescrito por un AP.

Hospitales: Libe elección limitada.

Lista de espera: Significativa.

2.5. Reino Unido

Población: 62,2 M (Eurostat 2013)

Sistema: Nacional de Salud (SNS)

Provisión:

La Atención Primaria (AP) y los especialistas extra-hospitalarios son médicos del SNS, con actividad pública-privada. El sistema de pago es una combinación de salario, capitativo y rendimientos.

La atención hospitalaria es provista por una mezcla de público y privado concertados.

Acceso al Sistema Sanitario:

Atención Primaria (AP): Libre elección de médico.

Especialistas acceso libre prescrito por un AP.

Hospitales: Libe elección limitada.

Lista de espera: Significativa.

2.6. Suecia

Población: 9,5 M (Eurostat 2013)

Sistema: Nacional de Salud (SNS)

Provisión:

La Atención Primaria (AP) y los especialistas extra-hospitalarios son médicos del SNS, con actividad pública-privada. El sistema de pago es una combinación de salario, capitativo y rendimientos.

La atención hospitalaria es provista por una mezcla de público y privado concertados.

Acceso al Sistema Sanitario: Atención Primaria (AP): Libre elección de médico. Especialistas acceso libre prescrito por un AP. Hospitales: Libre elección limitada. lista de espera: Significativa.

TERCERA PARTE: LA NECESIDAD DE UNA REFORMA

En el cuadro siguiente se resume las características de los países seleccionados que suman una población de 294,7 millones de personas, que representan un 58,20% de la población de la UE-15.

Cuadro 11						
CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS DE PROVISION Y LIBRE ELECCION DE SEIS PAISES EUROPEOS						
	ALEMANIA	FRANCIA	ITALIA	P. BAJOS	R. UNIDO	SUECIA
POBLACION *	82 M	63,4 M	60,9 M	16,7 M	62,2 M	9,5 M
SISTEMA	SSS	SSS	SNS	SSS	SNS	SNS
PAGO A PROVEEDORES POR PROVISION						
A. PRIMARIA AP	PAGO POR SERVICIO	PAGO POR SERVICIO	PAGO POR CAPITATIVO	PAGO POR CAPITATIVO	SALARIO+ CAPITATIVO+ PRODUCTIV	CAPITAT., SERVICIO RENDIM.
ESPECIALIZADA AE	PAGO POR SERVICIO	PAGO POR SERVICIO	PUBLICOS Y PRIVADOS	PAGO POR GDRs **	PAGO POR SALARIO	PAGO POR GDRs **
HOSPITALES	PUBL: 54% PRIVD: 46%	PUBL: 25% PRIVD: 75%	PUBL: 51% PRIVD: 49%	PUBL: 10% PRIVD: 90%	PUBL: 65% PRIVD: 35%	PUBL: 70% PRIVD: 30%
LIBRE ELECCION POR ASEGURADO						
A. PRIMARIA AP	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESPECIALIZADA AE	SI PREVIO AP	SI	SI PREVIO AP	SI PREVIO AP	SI PREVIO AP	SI PREVIO AP
HOSPITALES	SI PREVIO AE	SI	SI PREVIO AE	SI PREVIO AE	SI PREVIO AE	SI PREVIO AE

* Suma Población: 294,7 Millones, que representan el 58,28 % de la población de la UE-15.*. GDRs: Grupos Relacionados por el Diagnóstico

Fuente: Elaboración propia a partir de información Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: Características e indicadores de salud. 2013.Población: Eurostat, 2013

CUARTA PARTE

PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS.

INTRODUCCION CUARTA PARTE

INTRODUCCION CUARTA PARTE

Una vez constatadas las causas de la falta de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), y las ineficiencias que produce la gestión con la actual configuración de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, proponemos un nuevo modelo de financiación y provisión, basado en los principios de eficacia, eficiencia, efectividad, competencia, y libre elección del asegurado.

El modelo propuesto se caracteriza por separar la financiación del Derecho de la Protección a la Salud, de la provisión de las prestaciones sanitarias de tal derecho.

Desde el punto de vista de la financiación es necesario revertir esta competencia desde las Comunidades Autónomas, avocándola a la Administración General del Estado para incluirla como partida de los Presupuestos del Estado, que sería gestionada dentro del Sistema Nacional de Salud que se propone.

Desde el Sistema Nacional de Salud se financiaría la provisión de las prestaciones sanitarias, mediante un sistema de financiación de la producción de las prestaciones sanitarias realizadas en una red de centros públicos y privados, previamente concertados.

El precio a pagar por la provisión de las prestaciones sanitarias será fijado dentro de un Baremo de Precios a financiar, que será revisado y actualizado para cada anualidad con los criterios técnicos, profesionales y económicos que correspondan.

Se propone la creación de un Banco de Crédito Sanitario, una Fundación Asistencial Sanitaria y un nuevo sistema de copago.

CAPITULO VI. MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION

1. PRESENTACION

PRESENTACION DEL MODELO PROPUESTO

El Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución Española, goza de las facultades de establecer los principios y criterios sustantivos que permitan conferir al sistema sanitario las características generales y comunes que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado. Será necesario modificar en algunos artículos, tanto la Ley 44/1986, General de Sanidad y la legislación concordante y complementaria que la desarrolla, así como ciertas disposiciones autonómicas que pudieran ser afectadas.

Como puede verse en el gráfico nº4, el modelo propuesto se caracteriza por separar la financiación del derecho de la protección a la salud, de la provisión de las prestaciones sanitarias de tal derecho. Desde el punto de vista de la financiación es necesario revertir esta competencia desde las Comunidades Autónomas, avocándola a la Administración General del Estado para incluirla como partida de los Presupuestos del Estado, que sería gestionada dentro del Sistema Nacional de Salud que se propone. Desde el Sistema Nacional de Salud se financiaría la provisión de las prestaciones sanitarias, mediante un sistema de financiación de la producción de las prestaciones sanitarias realizadas en una red de centros públicos y privados, previamente concertados. La separación entre financiador, comprador y productor de los servicios sanitarios ha sido propuesta por varios autores, entre otros Barea Tejeiro y Gómez Ciria.⁹³

El precio a pagar por la provisión de las prestaciones sanitarias será fijado dentro de un Baremo de Precios a financiar, que será revisado y actualizado para cada anualidad con los criterios técnicos, profesionales y económicos que correspondan. El precio a financiar comprenderá, en su caso, los siguientes conceptos desglosados: Precio por prestación sanitaria básica (PSB), Precio por inversiones no reversibles (PI), Precio por educación y formación (PFS).

Cada centro concertado, público o privado, realizará un presupuesto anual de actividad con la estimación de sus Ingresos, Gastos y Resultados, debiendo tener autonomía absoluta de gestión, respondiendo de la misma ante sus titulares, que en el caso de los centros públicos serán por lo general las Comunidades Autónomas. El

⁹³ BAREA, J y GOMEZ, A., "El problema de la eficacia del sector público en España. Especial consideración de la Sanidad", Instituto de Estudios Económicos, Madrid, 1994

CUARTA PARTE: PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

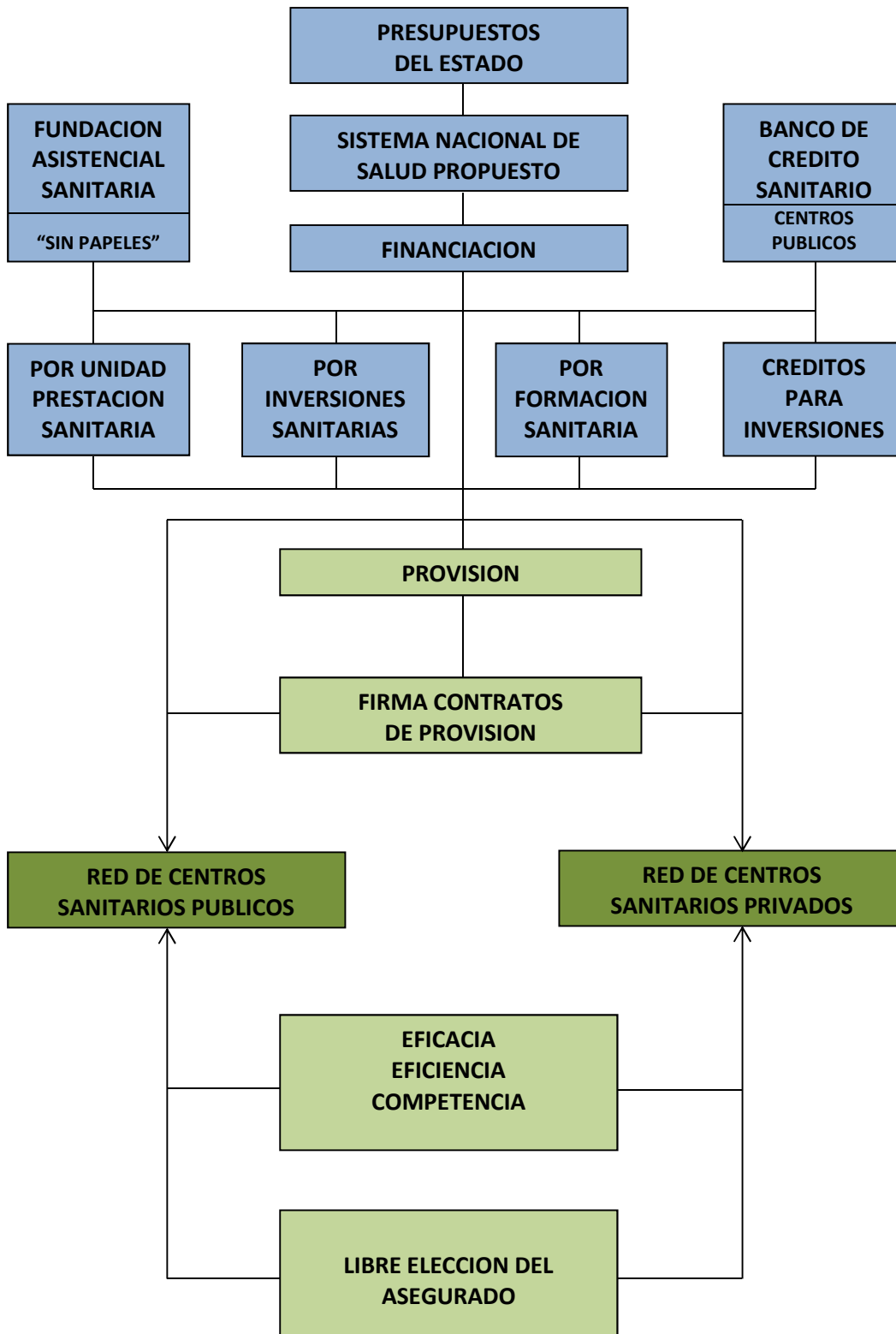
resultado económico anual de cada centro público (positivo o negativo) corresponde al titular del mismo, quien deberá determinar en su normativa propia el destino que deba darle.

Simultáneamente formalizarán sus planes anuales de inversiones en inmuebles, instalaciones, equipos, mobiliario, etc, con un horizonte temporal de cinco años. Cada centro, público o privado, deberá ser concertado, mediante la firma de un Contrato de Concerto de Provisión, que incluirá los Planes de Inversiones y de Educación y Formación. Los Planes de Inversiones, una vez aprobados por el Sistema Nacional de Salud, serán financiados parcialmente por un Crédito de Tesorería, en las condiciones financieras y de garantías necesarias, así como en consideración al nivel de endeudamiento sobre PIB del titular público superior del centro. La amortización de estos créditos se realizará reteniendo y abonando en la cuenta del crédito, la cuota por inversiones que se asocie a la prestación sanitaria. En el caso de los centros privados, no se contempla el sistema de créditos por inversiones, y por ello no se le retendrá la cuota de inversiones. El montante de Crédito de Tesorería deberá ser asignado en función de criterios objetivos de actividad prevista con las inversiones según cada centro, y en función del Plan de Inversiones anual aprobado. Con este sistema de financiación se pretende combatir la obsolescencia tecnológica de las instalaciones y equipos de los centros para ganar en eficiencia.

Los Planes de Educación y Formación, se actualizarán anualmente y deben incluir las prácticas de pregrado de la rama sanitaria cuyos planes de estudio así lo determinen, y la formación de los distintos tipos de especialidades que deban superar una estancia como residente en un centro sanitario, Mir (Médico interno residente), Eir (Enfermero interno residente), Pir (Psicólogo), Fir (Farmacia), Bir (Biología), etc. La dotación económica debe tener la condición de finalista a cuyo fin cada Centro Concertado, solo podrá disponer de estos fondos para el cumplimiento de la actividad educativa y de formación, por ejemplo, para la retribución de Tutores, dotación de aulas, seminarios, conferencias, congresos, material de prácticas, audiovisuales, etc. El precio por la actividad educativa y de formación, alternativamente, puede asociarse al precio por la prestación sanitaria básica (PSB), o abonarse independientemente de las prestaciones que realice cada centro concertado, y estimarlo por un sistema caputivo, de acuerdo con el número de personas que reciben la formación y el nivel de los mismos, por ejemplo, prácticas de pregrado, formación de residentes (R-1, R-2, R-3, R-4, etc) multiplicado por un valor caputivo para cada uno de los grupos.

Gráfico 4

1.1. DIAGRAMA BASICO DEL MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION PROPUESTO



Fuente: Elaboración propia. José Jerez Iglesias

1.2. Características básicas del modelo propuesto

El modelo propuesto se caracteriza por separar la financiación del Derecho de la Protección a la Salud, de la provisión de las prestaciones sanitarias de tal derecho.

Desde el punto de vista de la financiación es necesario revertir esta competencia desde las Comunidades Autónomas, avocándola a la Administración General del Estado para incluirla como partida de los Presupuestos del Estado, que sería gestionada dentro del Sistema Nacional de Salud que se propone.

Desde el Sistema Nacional de Salud se financiaría la provisión de las prestaciones sanitarias, mediante un sistema de financiación de la producción de las prestaciones sanitarias realizadas en una red de centros públicos y privados, previamente concertados.

El precio a pagar por la provisión de las prestaciones sanitarias será fijado dentro de un Baremo de Precios a financiar, que será revisado y actualizado para cada anualidad con los criterios técnicos, profesionales y económicos que correspondan.

El precio a financiar comprenderá, en su caso, los siguientes conceptos desglosados:

- Precio por prestación sanitaria básica (PSB)
- Precio por inversiones no reversibles (PI)
- Precio por educación y formación (PFS)

Cada centro concertado, público o privado, realizará un presupuesto anual de actividad con la estimación de sus Ingresos, Gastos y Resultados, debiendo tener autonomía absoluta de gestión, respondiendo de la misma ante sus titulares, que en el caso de los centros públicos serán por lo general las Comunidades Autónomas.

El resultado anual de cada centro público (positivo o negativo) corresponde al titular del mismo, quien deberá determinar en su normativa propia el destino del mismo.

Simultáneamente formalizarán sus planes anuales de inversiones de inmuebles, instalaciones, equipos, mobiliario, etc, con un horizonte temporal de cinco años.

Cada centro, público o privado, deberá ser concertado, mediante la firma de un Contrato de Concierto de Provisión, que incluirá los Planes de Inversiones y de Educación y Formación.

Los Planes de Inversiones, una vez aprobados por el Sistema Nacional de Salud, serán financiados parcialmente por un Crédito de Tesorería, en las condiciones financieras y de garantías necesarias, así como en consideración al nivel de endeudamiento sobre PIB del titular público superior del centro. La amortización de estos créditos se realizará reteniendo y abonando en la cuenta del crédito, la cuota por inversiones que se asocie a la prestación sanitaria. En el caso de los centros privados, no se contempla el sistema de créditos por inversiones, y por ello no se le retendrá la cuota de inversiones.

El montante de Crédito de Tesorería deberá ser asignado en función de criterios objetivos de actividad prevista con las inversiones según cada centro, y en función del Plan de Inversiones anual aprobado.

Con este sistema de financiación se pretende combatir la obsolescencia tecnológica de las instalaciones y equipos de los centros para ganar en eficiencia.

Los Planes de Educación y Formación, se actualizarán anualmente y deben incluir las prácticas de pregrado de la rama sanitaria cuyos planes de estudio así lo determinan, y la formación de los distintos tipos de especialidades que deban superar una estancia como residente en un centro sanitario, Mir (Médico interno residente), Eir (Enfermero interno residente), Pir (Psicólogo), Fir (Farmacia), Bir (Biología), etc.

La dotación económica debe tener la condición de finalista a cuyo fin cada Centro Concertado, solo podrá disponer de estos fondos para el cumplimiento de la actividad educativa y de formación, por ejemplo, para la retribución de Tutores, dotación de aulas, seminarios, conferencias, congresos, material de prácticas, audiovisuales, etc.

CUARTA PARTE: PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

El precio por la actividad educativa y de formación, alternativamente, puede no asociarse al precio por la prestación sanitaria básica (PSB) y abonarse independientemente de las prestaciones que realice cada centro concertado, y estimarlo por un sistema caputivo, de acuerdo con el número de personas que reciben la formación y el nivel de los mismos, por ejemplo, prácticas de pregrado, formación de residentes (R-1, R-2, R-3, R-4, etc) multiplicado por un valor caputivo para cada uno de los grupos.

Esta dotación económica debería tener la condición de finalista, por ejemplo, retribución de tutores, asistencias a congresos, seminarios, material de prácticas, dotación de aulas, etc.

1.3. Principios del modelo propuesto

1.3.1. Principios de Eficacia, Eficiencia y Efectividad

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua (RAE) ⁹⁴, sus definiciones son:

- Eficacia: Virtud, actividad, fuerza y poder para obrar.
- Eficiencia: Virtud y facultad para lograr un efecto determinado.
- Efectividad: Cualidad de efectivo.

Es decir, aparentemente, las tres palabras vienen a significar lo mismo. Sin embargo, cuando nos adentramos en el mundo económico y particularmente en el ámbito del empleo de los recursos públicos, podemos diferenciarlo mucho más.

Así, por ejemplo, es eficaz un antibiótico que consigue acabar con la enfermedad, y sería eficiente, si la consecución de ese objetivo sanitario se alcanza a un mínimo coste, sin alterar la calidad.

La efectividad es la unión de eficacia y eficiencia, es decir, busca lograr un efecto deseado, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de recursos empleados, sin disminuir la calidad.

Por ejemplo, una bombilla de bajo consumo es eficiente, pues puede iluminar igual que una de filamento, y por tanto, es igual de eficaz, pero al consumir menos, logra la efectividad. Otro ejemplo, una persona puede ser eficaz cuando realiza lo que se espera de ella, mientras que es eficiente la que además es competente, la que rinde en su actividad.

En el siguiente cuadro se observa la relación que existe entre estos tres conceptos:

⁹⁴ Diccionario de la Lengua Española, Vigésima Primera Edición, 1992, Espasa Calpe, Madrid.

Cuadro 12

RELACION ENTRE EFICACIA Y EFICIENCIA

INEFICAZ	EFICAZ	
No se alcanzan los objetivos, pero no se derrochan recursos	Se alcanzan los objetivos, y se utilizan bien los recursos	EFICIENTE
No se alcanzan los objetivos, y se derrochan recursos	Se alcanzan los objetivos, pero se derrochan recursos	INEFICIENTE

Fuente: www.webyempresas.com

Desde el punto de vista del modelo propuesto en esta Tesis, es necesario que con él se consiga la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo de la eficacia, como principio en este modelo, es conseguir la producción de la cantidad de unidades sanitarias demandadas, con la calidad necesaria y en el menor tiempo que cumpla la finalidad pretendida.

La cantidad de producción de servicios sanitarios se concreta en satisfacer la demanda total, según la Cartera de Servicios que incluya el modelo propuesto, a cuyo propósito se aumentan los recursos humanos y de tecnología sanitaria, mediante la concertación de Centros Sanitarios Públicos y Privados.

La calidad de la producción de servicios sanitarios, como principio del modelo, requiere, en primer lugar, conseguir la más alta formación en pregrado, postgrado y permanente de los recursos humanos, además de contar con una red de centros concertados, con inmuebles, instalaciones, y equipos tecnológicos sanitarios en fase de vida vigente, a cuyo fin el modelo prevé pagar un precio, tanto por las inversiones no reversibles, como por las tareas de educación y formación, además de un plan financiero para facilitar las nuevas inversiones, en las condiciones más adelante descritas.

El tiempo mínimo de realización de las prestaciones, como principio, pretende hacer desaparecer las interminables listas de espera, con el efecto combinado del aumento de ofertas de centros sanitarios y la facilidad de libre elección de los asegurados, que podrán optar por el centro público o privado concertado, de cualquier punto del territorio español que considere conveniente.

Por su parte, la eficiencia del modelo propuesto se basa en financiar, desde la Administración Central del Estado, las prestaciones sanitarias del Catálogo, a los precios por unidad de prestación que se determine en el Baremo de Precios, que realizará y actualizará la Comisión de Expertos que se cree al efecto, aplicable tanto en centros concertados públicos como privados.

Conseguir la eficiencia no es ahorro de recursos económicos, sino evitar los derroches de los mismos, para aumentar la eficacia del sistema y su correspondiente sostenibilidad. Es una cuestión de ética pública y de cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 31.2. de la Constitución española para mejor servir al bienestar con unos recursos limitados:

“Artículo 31.2. El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía”.

Con la aparición de lo que Peter Drucker ⁹⁵ denominó trabajo del conocimiento, se da el significado más ajustado de las palabras de eficacia, eficiencia y efectividad.

Para Peter Drucker en el trabajo manual característico de la era industrial, la clave fue la mejora de la productividad, es decir, la mejora de la eficiencia. Los avances en productividad del último medio siglo XX han permitido alcanzar los niveles actuales de desarrollo económico y social.

⁹⁵ DRUCKER, P., “La Gerencia. Tareas, responsabilidades y prácticas”, 4ª ed., 1981, Editorial Ateneo, Buenos Aires, p. 23

Ahora, en el trabajo del conocimiento, lo importante es alcanzar la efectividad, aunque como decía este autor, en efectividad estamos “en pañales”.

En la sociedad desarrollada actual, necesariamente tenemos que administrar con rigurosidad todos los recursos, tanto los públicos como los privados. No solo evitar los derroches, sino aplicar adecuadamente los recursos necesarios y para ello hay que gestionar los asuntos públicos con profesionalidad, es decir, con metodología y responsabilidad. Tenemos que dar un salto cualitativo en la administración, “el boom de la administración lo fue de la administración empresaria, y la mayor parte del trabajo administrativo se centró en la dirección de una empresa. Sin embargo, ahora sabemos que todas nuestras instituciones necesitan administración. Esto habría parecido herejía hace solo pocos años. Se entendía entonces que administrar una empresa y dirigir una instalación de servicio público, por ejemplo, un hospital, eran cosas diametralmente opuestas. La misión y el propósito de una institución determinan una diferencia esencial, pero también una empresa bancaria de inversión necesita una administración distinta de la que observamos en una planta siderúrgica o en una gran tienda. El gerente de las instituciones de servicios públicos afronta las mismas tareas que el de una empresa: Cumplir la función que es la razón de ser de la institución, lograr que el trabajo sea productivo (...) son tareas gerenciales”.⁹⁶

“Los gerentes tendrán que convertirse en empresarios, tendrán que aprender a construir y administrar organizaciones innovadoras”⁹⁷ para alcanzar la eficacia, la eficiencia y, en definitiva, la efectividad de los recursos públicos destinados a financiar la provisión de las prestaciones sanitarias para hacer efectivo el Derecho de Protección de la Salud.

⁹⁶ *Ibíd*em

⁹⁷ *Ibíd*em, p. 22

1.3.2. Principios de Competencia y libre elección del asegurado

En el modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias que proponemos, es una condición necesaria la existencia de un cierto equilibrio ente demandantes de las prestaciones (los “asegurados”) y los prestadores de los servicios sanitarios (los centros concertados, públicos y privados).

Al tener los “asegurados” la libertad de elección de centro para ser atendidos, y el hecho de que los ingresos de los centros serán los que cada uno de ellos obtengan con la facturación de las prestaciones sanitarias prestadas, se produce una situación de competencia entre centros concertados, que es el fundamento que dá sustento a la eficiencia.

Sin competencia equilibrada no se puede concebir la eficiencia y la efectividad de los recursos públicos empleados en financiar el derecho de protección de la salud.

Cuando planteamos aquí la competencia, no estamos proponiendo una libre competencia, sinónimo de libre mercado, donde la fundamental orientación para tomar las decisiones económicas proviene de los precios.

En la propuesta de nuevo modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias que estamos haciendo, el factor precio queda excluido en el principio de competencia, al venir predefinido desde la Administración Central el Baremo de Precios de las distintas unidades de prestación de servicios sanitarios.

Por ello el principio de competencia se refiere, fundamentalmente, a la necesidad que tendrán los centros concertados en ser “competentes” en el desempeño de la gestión asistencial en calidad, tiempo y cantidad, para atraer a los asegurados, y obtener así unos ingresos anuales que les permita hacer viable la entidad.

Este sistema de competencia imperfecta, al excluir la competencia producida por el factor precio, permite la transformación de los centros

públicos en centros públicos concertados con ciertas ventajas competitivas por el buen nivel asistencial que, en general, ya tienen.

En este modelo es necesario un cambio de mentalidad, especialmente en los equipos directivos de centros públicos, para pasar de una “gestión presupuestaria” a una “gestión de resultados”, lo que implica un cambio de cultura de gestión de todos los recursos (humanos, tecnológicos, retributivos, de inversiones, compras, proveedores, etc.)

“España puede mejorar, sin duda. Por ejemplo, haciendo que los hospitales compitan entre sí, de manera que los pacientes puedan elegir siempre el que le brinde mejor calidad.”⁹⁸

Al otorgarle a los demandantes (los asegurados) la facultad de libre elección de centro sanitario donde será atendido, la decisión que adopte al acudir a uno en lugar de a otro, no estará influida por el factor precio, que estará previamente fijado y lo soportará la administración central, sino que la tomará en función de donde encuentre las mejores expectativas de recibir una asistencia personal y sanitaria de calidad.

La libre elección de centro por los asegurados se debe concretar cuando se implante el modelo propuesto.

A título meramente enunciativo, sugerimos algunos criterios:

- 1.- Libre elección de Atención Primaria. (AP)
- 2.- Libre elección de Atención Urgencias.
- 3.- Libre elección de Atención Especializada (AE), previa prescripción de AP y/o AE.
- 4.- Libre elección de Atención Pruebas Diagnósticas, previa prescripción, según prueba, de AP y AE.
- 5.- Libre elección de Atenciones Terapéuticas, previa prescripción, según atención, de AP y/o AE.
- 6.- Libre elección de Centro Quirúrgico y Hospitalización, previa prescripción de AE.

⁹⁸ SCHEFFLER, R. Profesor de Berkeley, California (EEUU), “Diario ABC Salud”, 16-09-17, Pag. 8

2. LA FINANCIACION

2.1. Financiación por unidad de prestación sanitaria

2.1.1. Concepto de unidad de prestación sanitaria

Llegado el momento de implementación del modelo de financiación y provisión de prestaciones sanitarias que proponemos, es necesario confeccionar un Catálogo de Prestaciones Sanitarias que comprenderá todas las posibles modalidades de prestación sanitaria.

Desde un punto de vista teórico y previo, sugerimos distinguir:

1.- Acto médico unitario ambulatorio

- 1.1. Consulta de atención primaria.
- 1.2. Consulta de atención especializada.
- 1.3. Consulta de atención de urgencias.

El acto médico unitario, es la prestación de atención sanitaria en consulta ambulatoria concertada, bien en consulta unipersonal o en centro médico ambulatorio, con asistencia concertada.

En la atención sanitaria especializada solo se atenderá previa prescripción de inicio desde atención primaria.

En el caso de atención de urgencia será en centros concertados públicos o privados, que figuren publicados en el catálogo de centros.

Cabe la posibilidad de que en ciertas áreas urbanas o rurales, la asistencia de urgencia sea en un único centro concertado en modalidad capítativa.

2.- Acto médico por proceso ambulatorio

- 2.1. Prueba diagnóstica.
- 2.2. Atención terapéutica.
- 2.3. Cirugía ambulatoria.

El acto médico por proceso ambulatorio requiere la prescripción previa, según casos, de atención primaria o atención especializada.

El paciente puede acudir a cualquier centro concertado, público o privado, facultado para prestar la atención sanitaria que corresponda, con la prescripción médica de su médico concertado.

Las pruebas diagnósticas (radiología, laboratorio, resonancia magnética, TAC, etc), la atención terapéutica (radioterapia, medicina nuclear, diálisis, fisioterapia, etc), y la cirugía ambulatoria, deben ser solicitada por el paciente en el centro concertado que desee, dentro de todo el catálogo de centros concertados en el territorio español.

3.- Acto médico por proceso hospitalario

3.1. Cirugía por proceso hospitalario.

3.2. Atención médica por proceso hospitalario.

En el catálogo de actos médicos debe describirse el acto médico por proceso hospitalario, con o sin cirugía, definiendo su alcance y los conceptos incluidos a efectos de la formación del precio dentro del baremo de precios.

4.- Capitativos para atención de urgencias

4.1. Capitativos áreas rurales.

4.2. Capitativos áreas urbanas.

El acto médico retribuido por capitativo es una herramienta que se puede utilizar para obtener una doble garantía, por un lado al asegurado se le garantiza un servicio de urgencias 24 horas en zonas de baja población, donde objetivamente podría no existir ese servicio, y al mismo tiempo al centro concertado se le garantiza unos ingresos fijos, una cantidad por asegurado del área, que recibirá sea cual sea el nivel de actividad asistencial prestada.

5.- Capitativos para servicios de ambulancias

El servicio de ambulancias es una prestación sanitaria que debe ser concertada por la Administración Central con empresas especializadas, mediante un procedimiento ajustado a la normativa vigente.

Es recomendable que las empresas prestadoras del servicio, concierten solo el ámbito de una Comunidad Autónoma, para evitar una excesiva dependencia de un operador, evitando así los eventuales riesgos asociados al devenir laboral y mercantil de la entidad concertada, que podría colapsar un servicio de contenido vital para las personas.

2.1.2. Contenidos a financiar en el precio integral por unidad de prestación

El precio integral por unidad de prestación sanitaria, para el Sistema Nacional Integrado de Salud, es igual al precio que soportará el sistema por financiar la provisión, cuyo precio vendrá determinado en el Baremo de Precios, que será revisado y actualizado anualmente con los criterios técnicos, profesionales y económicos que correspondan.

El coste, o precio, de la prestación sanitaria que percibirá el Centro Sanitario Concertado, comprenderá, en su caso, los siguientes conceptos, potencialmente agregables, de acuerdo con el tipo de Concierto alcanzado con cada Centro, que determinará el alcance de la prestación.

Los conceptos que deberá integrar el coste o precio de la unidad de prestación necesaria son los siguientes:

1.- Precio por Prestación Sanitaria Básica: PSB

Es el precio que se asignará en el Baremo de Precios para cada una de las distintas prestaciones sanitarias, que será determinado por una Comisión de expertos técnicos y profesionales, teniendo en cuenta los medios y recursos necesarios para su producción, sin incluir los costes que correspondan a la inversión de capital (amortización) de las dotaciones de inmuebles, mobiliario, instrumental y equipos tecnológicos sanitarios diversos necesarios para la producción.

2.- Precio por Inversiones no Reversibles: PI

Es la parte del precio, agregable al anterior (PSB), que se asignará en el Baremo de Precios para cada una de las distintas prestaciones sanitarias, con la finalidad de financiar la inversión de capital (amortización) de las

dotaciones, inmuebles, mobiliario, instrumental y equipos tecnológicos sanitarios diversos necesarios para la producción, los cuales nunca serán reversibles a la administración.

La determinación de su cuantía será la que apruebe la Comisión de Expertos que se debe constituir al efecto.

Para devengar el Precio por Inversiones no Reversibles (PI) se tendrá en cuenta los términos del Concierto de cada Centro Concertado, atendiendo al Plan Anual de Inversiones de dicho Centro, y condicionado al cumplimiento del Plan de Inversiones, incluyendo la renovación y actualización de inmuebles, mobiliario, instrumental y los equipos tecnológicos sanitarios necesarios para la producción, y hasta su amortización.

En el caso de los Centros Públicos Concertados, si hubieran obtenido créditos públicos de tesorería para financiar la inversión de capital (inmuebles, mobiliario, instrumental y equipos tecnológicos sanitarios, etc) devengarán esta parte del precio de la prestación sanitaria en la forma concertada, y su importe periódico será retenido de pago y se destinará para reembolsar el Crédito de Tesorería, pendiente de amortización financiera.

En el supuesto de no existir Crédito de Tesorería, y en el caso de Centros Privados Concertados, si estos cumplen los planes de inversiones y actualización de instalaciones y renovación de equipos, se les abonará como un agregado más al precio por la prestación sanitaria (PPS).

3.- Precio por Educación y Formación Sanitaria: PE

Es el precio que se asignará en el Baremo de Precios para cada una de las prestaciones sanitarias, que será determinado por la Comisión de Expertos, para aquellos Centros Públicos y Privados que en su Concierto incluyan su Plan de Educación y Formación, que se actualizará anualmente, cuya cuantía se agregará en cada una de las prestaciones sanitarias, con la finalidad de financiar el coste asociado a su colaboración en tareas de educación y formación del personal sanitario,

atendiendo al Plan de Educación y Formación concertado con cada centro.

Básicamente el Plan de Educación y Formación debe incluir las prácticas de pregrados de la rama sanitaria cuyos planes de estudio así lo determinen, y la formación de los distintos tipos de especialidades que deban superar una residencia en un centro sanitario (MIR, EIR, PIR, FIR, BIR, etc).

Esta dotación económica, puede agregarse o no, a cada unidad de prestación de servicios sanitarios, según se convenga en el concierto suscrito.

Alternativamente, podría abonarse independientemente de las prestaciones que realice cada centro concertado, y estimarlo por un sistema caputivo, de acuerdo con el número de personas que reciben la formación y el nivel de los mismos, por ejemplo, prácticas de estudiantes, formación de residentes (R-1, R-2, R-3, R-4, etc), multiplicado por un valor caputivo unitario para cada uno de los grupos.

Es conveniente que esta dotación económica tenga la condición de finalista, a cuyo fin cada Centro Concertado, solo podrá disponer de estos fondos para el cumplimiento de la actividad educativa y de formación, por ejemplo, para la retribución de Tutores, dotación de aulas, seminarios, conferencias, congresos, material de prácticas, audiovisuales, etc.

4.- Medicamentos

El gasto de medicamentos por receta expedida a los asegurados en prestación sanitaria realizada en consulta ambulatoria será soportado directamente por la administración central sanitaria.

Los medicamentos y otros productos sanitarios utilizados en actos médicos de atención al asegurado en procesos hospitalarios o ambulatorios, se considerara incluidos en los precios por prestación sanitaria, de acuerdo con los Baremos de Precios, donde se definirán los conceptos incluidos en los mismos, por lo que su provisión será por

cuenta del prestador del servicio, cuyo valor recuperara incluido en el precio de la prestación, estimado como precio medio.

2.1.3. Confección y actualización armonizada de Baremos de Precios a financiar por prestación sanitaria

Una de las características que singularizan al modelo propuesto de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, es un sistema de competencia equilibrada entre centros concertados públicos y privados, pero no una competencia sinónimo de libre mercado, donde las decisiones económicas provienen de una política de precios, sino la de ser “competentes” en el desempeño de la gestión asistencial en calidad, tiempo y cantidad.

El factor precio queda excluido en la competencia, al venir predefinido desde la Administración Central en el Baremo de Precios de las distintas unidades de prestaciones sanitarias.

El Baremo de Precios de las prestaciones sanitarias se convierte en una herramienta fundamental para el buen funcionamiento del modelo propuesto.

Debe ser elaborado y actualizado por una Comisión mixta de expertos que representen a la administración central y a los centros concertados públicos y privados.

Naturalmente, el Baremo contendrá todas las posibles prestaciones sanitarias, debidamente codificadas, con un precio unitario asociado para cada una de las prestaciones sanitarias básicas (PSB). Un ejemplo de estos baremos son los que utilizan las compañías aseguradoras privadas en sus relaciones con los profesionales y centros sanitarios que les prestan sus servicios.

El gasto de medicamentos por receta expedida a los asegurados en prestación sanitaria realizada en consulta ambulatoria será soportado directamente por la administración central sanitaria.

Los medicamentos y otros productos sanitarios utilizados en actos médicos de atención al asegurado en procesos hospitalarios o

ambulatorios, se consideraran incluidos en los precios por prestación sanitaria, de acuerdo con los Baremos de Precios, donde se definirán los conceptos incluidos en los mismos, por lo que su provisión será por cuenta del prestador del servicio, cuyo valor recuperara incluido en el precio de la prestación, estimado como precio medio.

Junto con el precio unitario asociado para cada una de las prestaciones básicas (PSB), debe figurar, en su caso, la cuota asociada para reintegrar el coste por inversiones sanitarias (PI), en las que proceda tal concepto.

La necesidad de separar en el precio la prestación sanitaria básica (PSB) y la parte del precio que reintegra la inversión necesaria (PI), viene dada para facilitar el funcionamiento de los Créditos para Inversiones Sanitarias, en las que el reintegro del préstamo se producirá, básicamente, con la retención de la parte del precio por la prestación sanitaria, asociada a la inversión (PI), y abono a la cuenta respectiva de crédito de inversiones sanitarias, todo ello en el caso de los centros concertados públicos, para los cuales se prevé este sistema de créditos de inversiones sanitarias.

Los centros concertados privados quedan excluidos del sistema de créditos para inversiones propuesto, por lo que el precio que recibirán por cada unidad de prestación sanitaria será la suma del precio de la prestación sanitaria básica (PSB) y la del precio de reembolso por inversiones (PI). Para percibir el precio por reembolso de inversiones, es condición necesaria que las instalaciones y equipamientos instalados se encuentren en fase de vida vigente de acuerdo con el plan de inversiones firmado con el concierto.

Cabe la posibilidad de incluir en el Baremo de Precios el pago del precio por la prestación del servicio de Formación Sanitaria, para aquellos centros que en su concierto incluyan un Plan de Educación y Formación, cuya cuantía se agregará en cada una de las prestaciones sanitarias para financiar el coste asociado a su colaboración en tareas de educación y formación del personal sanitario.

Alternativamente, podría abonarse independientemente de las prestaciones que realice cada centro concertado, y estimarlo por un sistema caputivo, de acuerdo con el número de personas que reciben la formación y el nivel de los mismos, por ejemplo, prácticas de estudiantes, formación de residentes (R-1, R-2, R-3, R-4, etc), multiplicado por un valor caputivo unitario para cada uno de los grupos.

Es conveniente que esta dotación económica tenga la condición de finalista, a cuyo fin cada Centro Concertado, solo podrá disponer de estos fondos para el cumplimiento de la actividad educativa y de formación, por ejemplo, para la retribución de Tutores, dotación de aulas, seminarios, conferencias, congresos, material de prácticas, audiovisuales, etc.

2.2. Sistema de Financiación de Inversiones Sanitarias

Una característica del modelo propuesto es que asignará en el Baremo de Precios, para cada una de las prestaciones sanitarias concertadas, una parte agregable al precio por prestación sanitaria (PPS), que se denominará Precio por inversiones no reversibles: PI.

La cuantía de este precio se determinará por una Comisión de Expertos y formará parte del Baremo de Precios de las distintas prestaciones sanitarias, si bien su cuantía deberá cubrir la parte de depreciación de las inversiones, o amortización económica dentro de un plan de actividad razonable, que permita al centro concertado recuperar la inversión realizada, favoreciendo así la renovación y actualización de instalaciones, mobiliario y equipos tecnológicos sanitarios.

La condición necesaria para percibir el pago del precio por inversiones (PI), es que un porcentaje a concretar, al menos, de las instalaciones, mobiliario y equipos tecnológicos sanitarios se encuentren dentro de la fase de vida prevista para cada uno de los bienes descritos en el Plan Anual de Inversiones, en el que se incluirá un inventario con fecha de adquisición, coste y fecha final prevista para su renovación.

El porcentaje a concretar se obtendrá como media aritmética de la fase de vida pendiente de todos los bienes amortizables, expresando el tanto por ciento que representa los años pendientes sobre su total de vida útil.

En el inventario a controlar solo se incluirán aquellos grupos de equipamientos tecnológicos de similares características, agrupados por ramas o secciones de actividad sanitaria, por ejemplo, radiología convencional, ecógrafos, mamografos, equipos de TAC, resonancias magnéticas, Pet-Tac, Radioterapia, etc.

Los expertos correspondientes del Órgano contratador fijaran con precisión los equipamientos tecnológicos objeto de evaluación, a cuyo fin se deberá tener en cuenta las recomendaciones de las sociedades científicas médicas y de tecnologías sanitarias en relación con la fase de vida vigente, máxima aceptable, para cada equipo.

2.3. Sistema de Financiación de la Formación Sanitaria

Una de las líneas de financiación del modelo propuesto es la correspondiente a la actividad prestada por formación sanitaria de pregrado, postgrado y formación profesional.

A partir del Contrato de Concierto de Provisión, cada centro concertado deberá elaborar, además de sus planes de inversiones, en su caso, si procede, su Plan Anual de Educación y Formación.

El Plan de Educación y Formación, se actualizará cada año y será negociado con la Administración Central.

Estos planes deben incluir, para cada anualidad, la estimación de las prácticas de pregrado de la rama sanitaria cuyos planes de estudio así lo determinen, y la formación de los distintos tipos de especialidades de postgrados que deban superar una estancia en un centro sanitario concertado, por ejemplo Médico Interno Residente (MIR), Enfermero Interno Residente (EIR), Psicólogo Interno Residente (PIR), Farmacéutico Interno Residente (FIR), Biólogo Interno Residente (BIR), etc.

El Sistema de Financiación de la prestación de la formación sanitaria, a partir de los Planes de Educación y Formación concertados por cada centro, puede ser formalizado en base a dos modalidades alternativas:

2.3.1. Asociado a las prestaciones sanitarias básicas

En esta modalidad el centro concertado, que tenga también concertado el Plan de Educación y Formación, podrá percibir un precio por Formación Sanitaria (PFS) agregable al precio por asistencia sanitaria básica (PSB) y, en su caso, también al precio por inversiones (PI), según se convenga de forma específica para cada centro concertado y hasta percibir la cifra total convenida.

Con esta modalidad de cobro, el centro concertado percibe de forma regular los ingresos por este concepto, repartidos lo largo de todo el ejercicio, con lo que se facilita la gestión de tesorería propia del centro concertado.

2.3.2. Asociado a un sistema caputivo

En esta modalidad la cifra total convenida se estima por un sistema caputivo, de acuerdo con el número de personas que reciben la formación y el nivel de los mismos, por ejemplo, prácticas de pregrado, de formación de residentes (R-1, R-2, R-3, R-4 etc) multiplicado por un valor caputivo para cada uno de los grupos en formación. El cobro se percibiría mediante pagos en los momentos acordados de cada anualidad.

En todo caso, la cifra total convenida como precio de la prestación de la formación sanitaria estará basada en las actividades que se incluya en el Plan de Formación concertado, cuya realización efectiva quede debidamente acreditada.

Entre las actividades que puede financiarse en el Plan de Formación, se incluyen, por ejemplo, la retribución de tutores, asistencia a seminarios, congresos, conferencias, etc, material de prácticas, dotación de aulas, medios audiovisuales, etc.

Por lo expuesto, la dotación económica por formación sanitaria deberá tener la condición de finalista, por lo que cada centro concertado solo podrá disponer de estos fondos para el cumplimiento de la actividad educativa y formativa convenida.

2.4. Sistema de Créditos Sanitarios para Inversiones

El avance tecnológico en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales provoca una ingente demanda de recursos financieros para su adquisición y mantenimiento. Posiblemente este factor, en términos de sostenibilidad del actual modelo de Sistema Nacional de Salud, es el más importante y plantea el dilema de caer en la obsolescencia tecnológica de los equipamientos actuales y no renovarlos ó, por lo contrario buscar y encontrar soluciones adecuadas.

Precisamente, el gasto en sanidad en los presupuestos de las distintas Comunidades Autónomas en que se divide el Estado, está creciendo año tras año, hasta alcanzar, en algunos casos, cuotas cercanas al cuarenta por ciento de estos presupuestos, según puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Cuadro 13				
GASTO EN SANIDAD 2014 – 2016 EN AUTONOMIAS				
COMUNIDAD	% DEL TOTAL PRESUPUESTO COMUNIDAD			
	2014	2015	2016	MEDIA
ANDALUCIA	32,03	33,21	32,65	32,63
ARAGON	32,54	33,24	38,47	34,75
ASTURIAS	39,32	38,12	38,85	38,76
CANTABRIA	32,14	31,55	32,68	32,12
C. LEON	35,94	36,95	37,65	36,85
C. LA MANCHA	33,36	32,71	34,84	33,64
CANARIAS	37,77	38,16	36,37	37,43
CATALUÑA	28,55	28,74	28,75	28,68
EXTREMADURA	29,94	29,46	34,30	31,23
GALICIA	32,29	35,01	34,25	33,85
I. BALEARES	30,84	32,66	32,83	32,11
MURCIA	35,71	35,51	35,52	35,58
MADRID	33,72	34,96	36,99	35,22
NAVARRA	23,28	24,32	24,68	24,09
PAIS VASCO	33,59	32,55	31,93	32,69
LA RIOJA	27,31	27,81	27,66	27,59
VALENCIA	33,07	31,57	34,05	32,90
MEDIA	32,44	32,74	33,67	32,95

Fuente: Presupuestos Sanitarios 2016. Federación Sociosanitaria CCOO, p. 132 y siguientes

CUARTA PARTE: PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

Todas las autonomías del régimen común carecen de recursos suficientes para abordar las necesarias renovaciones y ampliaciones de inmuebles, instalaciones y equipos tecnológicos sanitarios, con el consiguiente envejecimiento tecnológico y, en algunos casos, incluso la ausencia de tecnológicas sanitarias avanzadas, cuyas prestaciones sanitarias no son posibles ofrecer a partes importantes de la población, provocando unas distorsiones en los mismos y un grado de insatisfacción con la financiación autonómica de muy difícil solución política y financiera.

Una de las cuatro características básicas del modelo de financiación de las prestaciones sanitarias que proponemos, es la financiación por créditos de tesorería para la adquisición de instalaciones de tecnologías sanitarias e inmuebles, adecuados a las necesidades de nuestro tiempo, junto con la financiación por prestaciones sanitarias, financiación por reembolso de inversiones sanitarias y financiación por formación sanitaria.

Con el modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias que proponemos, ofrecemos una alternativa de financiación de las adquisiciones de inmuebles, instalaciones y tecnología sanitaria, que libere a las Comunidades Autónomas de los desembolsos iniciales necesarios para ellos, y, al mismo tiempo, permita su dotación de una forma razonable, tanto en equipamiento, plazos y posibilidades de reembolso de los créditos necesarios, todo ello en base al Plan de Inversiones que deberá realizar cada centro concertado público.

El Sistema de Créditos Sanitarios para Inversiones solo sería de aplicación a centros concertados públicos y sus rasgos más significativos serían:

2.4.1. Banco de Crédito Sanitario

Proponemos la creación de un Banco de Crédito Sanitario, con una estructura de capital mixta, con recursos públicos del cincuenta y un por ciento, en forma de suscripción de capital por la Administración Central, y el cuarenta y nueve por ciento restante, en forma de suscripción de capital privado por entidades, fondos financieros y empresas vinculadas al sector sanitario (proveedores de tecnología sanitaria, constructoras, farmacéuticas, etc).

Junto al cien por cien del capital social, debería complementarse los recursos financieros con emisiones de deuda en forma de obligaciones, bonos, etc, a largo plazo, que sería negociada en los mercados bursátiles nacionales e internacionales, para otorgarle la debida seguridad, rentabilidad y liquidez.

Las magnitudes de los recursos necesarios deberán ser objeto de un estudio posterior, por superar los márgenes de investigación de esta tesis.

2.4.2. Solicitud de Créditos Sanitarios

Todos los centros sanitarios públicos que hayan firmado un Contrato de Concierto con la Administración Central para la provisión de prestaciones sanitarias estarían en condiciones de presentar una solicitud de Crédito de Financiación de Inversiones Sanitarias, a cuyo fin deberán suscribir un Plan de Inversiones Sanitarias, justificando la necesidad de esas inversiones y el detalle correspondiente de las mismas.

El Plan de Inversiones de cada centro concertado público contendrá los datos esenciales de la estructura financiera de las inversiones a realizar y un calendario de fechas de ejecución.

La estructura financiera de dicho Plan de Inversiones, se justificará con una parte de recursos propios de, al menos, el veinticinco por ciento de la inversión, a desembolsar en los plazos previstos de ejecución de las inversiones, a cuya cuantía se le añadirá la posible financiación a fondo perdido con subvenciones de la Comunidad Europea, o cualquier otra iniciativa pública o privada.

El porcentaje máximo de las inversiones previstas que podrá financiar el Sistema de Créditos Sanitarios no podrá exceder el setenta y cinco por ciento de la inversión total, excluido, en su caso, el valor del suelo.

La cuantía máxima a financiar de cada Plan de Inversiones puede ser limitada, según las circunstancias de endeudamiento de cada centro concertado público y las de su socio público (normalmente, la Comunidad Autónoma).

Respecto del centro concertado público, se tendrá en cuenta que su endeudamiento con vencimiento superior a noventa días no supere un número de veces el valor de la media de los últimos tres ejercicios del EBITDA⁹⁹ de su cuenta de resultados.

La idea de relacionar la capacidad de endeudamiento con la capacidad de generar recursos vía resultados, es una forma de medir la capacidad de reembolso en número de años, por eso se suele utilizar un múltiplo de EBITDA (entre 5-10, por ejemplo, según tipo de negocios), para fijar el techo de endeudamiento máximo admisible de una entidad.

Si su endeudamiento supera el múltiplo de veces fijado de su Ebitda, deberá reducirse el porcentaje de financiación, prudentemente, e incluso denegarse la financiación.

El socio público, normalmente la Comunidad Autónoma, deberá prestar afianzamiento solidario en garantía de cumplimiento de las obligaciones asumidas por el centro concertado público. Esta garantía podrá complementar la solvencia del centro, para supuestos de mayor endeudamiento de la previsión de número de veces el Ebitda.

A su vez, el nivel de endeudamiento de la Comunidad Autónoma, puede reducir la cifra financiada, a cuyo fin el máximo endeudamiento último de sus cuentas no debe superar el cincuenta por ciento de su PIB, pues de superarse limitaría su capacidad de afianzamiento.

En todo caso, los límites y porcentajes descritos son puramente orientativos y deberían reconsiderarse y estudiarse para el supuesto de puesta en marcha del sistema.

2.4.3. Tipos de Interés de Créditos Sanitarios

El tipo de interés a aplicar a los créditos sanitarios deberá ajustarse a los mínimos de mercado y se referenciará a los tipos de Euribor o similar, más un diferencial del orden del 0,5 % – 1 %.

⁹⁹ El resultado bruto de explotación, se suele denominar en los estados contables y otros informes financieros como “ Earnings Before Interests, Tax, Depreciation and Amortization” (EBITDA).

Esta cuestión debe ser estudiada de acuerdo con la cuenta de resultados previsional de la entidad Banco de Crédito Sanitario.

2.4.4. Reembolsos de Créditos Sanitarios

La forma ordinaria de reembolso de los créditos sanitarios se realizará mediante retención de la parte agregable al precio por prestación sanitaria (PSB), que se denomina Precio por Inversiones no reversibles (PI), de forma que esa parte del precio de la prestación sanitaria será devengada con cada prestación y retenida su cuantía para ser abonada en la cuenta de crédito con destino a su amortización financiera.

La retención de estas cuantías y abono para amortizar los créditos concedidos estará limitada al montante del crédito, más intereses, cuyo pago sea exigible en cada anualidad, de forma que una vez alcanzado éste, en esa anualidad, cesa la retención, la cual se volverá a practicar en la anualidad siguiente.

En el supuesto de que el montante de retenciones de la parte del Precio por Inversiones no reversibles (PI), en una anualidad, no alcanzase la cuantía de las obligaciones de amortización de esa anualidad, el centro concertado público estaría obligado a cubrir con sus propios recursos la parte que fuera necesaria para cumplir el vencimiento de sus obligaciones en esa anualidad.

Por otra parte, existe la forma extraordinaria de reembolso anticipado de los respectivos vencimientos de las obligaciones futuras, bien por solicitud del centro concertado para que una vez cubierta las obligaciones de una anualidad en curso, pueda seguir practicándose la retención y abono de la parte del Precio por Inversiones (PI), con el consiguiente ahorro de gastos financieros, o bien mediante pagos anticipados con sus propios recursos, para liquidar parcial o totalmente la cuenta de crédito de la que el centro concertado público sea titular.

2.5. Una propuesta de copago en España

2.5.1. Descripción situación actual

La situación actual de copago en España se refiere al copago de medicamentos por receta en régimen ambulatorio, cuya última regulación se ha efectuado por el Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Recordamos aquí lo que hemos expuesto con más detalle en el punto 3 del Capítulo II:

Cuadro 14			
COPAGO DE MEDICAMENTOS EN EL SNS. DATOS A ENERO 2015			
GRUPO	ANTES RD 16/2012	DESDE 01-07-12	
		GENERAL	LIMITE(1)
1.- PENSIONISTAS			
a) Menos 18.000 €/año	0 %	10 %	8,23 €
b) Entre 18.000 – 100.000 €/año	0 %	10 %	18,52 €
c) Más 100.000 €/año	0 %	60 %	61,75 €
2.- PERSONAS SIN RECURSOS			
a) Con Renta integración	40 %	0 %	0,00 €
b) Con Pensiones no contributivas	0 %	0 %	0,00 €
c) Con síndrome tóxico, y discapacitado	0 %	0 %	0,00 €
3.- PARADOS			
a) Sin subsidios	40 %	0 %	0,00 €
4.- ACCID. TRAB./ENFERM PROF	0 %	0 %	0,00 €
5.- CRONICOS	10 % lm 2,64 €	10 %	4,26 €
6.- GENERAL			
a) Menos 18.000 €/año	40 %	40 %	Sin limite
b) Entre 18.000 – 100.000 €/año	40 %	50 %	Sin limite
c) Más 100.000 €/año	40 %	60 %	Sin limite
7.- MUTUALISTAS	30 %	30 %	Sin limite

Fuente: Elaboración propia.

(2) Límite máximo de aportación por tratamiento de larga duración (euros/mes)

A la vista del cuadro-resumen podemos establecer las siguientes conclusiones:

- 1.- En el grupo de pensionistas se observa una falta de equidad de aportación por la ausencia de progresividad del sistema, con un tramo demasiado amplio entre 18.000 euros, y 100.000 euros, y

especialmente con las rentas medias/bajas, teniendo en cuenta que este grupo no aportaba nada antes del 01/07/2012.

- 2.- En el grupo de personas sin recursos (con rentas de integración, pensiones no contributivas, síndromes tóxicos o personas con discapacidad), la situación ha mejorado al no tener que aportar nada, frente al 40% que aportaban antes del 01/07/12 estas personas.
- 3.- Los parados sin subsidio mejoran también al no tener que aportar nada, frente al 40% que aportaban estas personas antes del 01/07/12.
- 4.- Las personas con tratamientos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional, permanecen igual, al no tener que pagar nada.
- 5.- Personas con tratamientos crónicos para los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC y productos sanitarios de aportación reducida, seguirán pagando el 10%, pasando el límite mensual de pago por receta de 2,64 euros a 4,26 euros.
- 6.- Personas asegurados en general, se mantiene en un 40 % para rentas inferiores a 18.000 €/año, sube del 40 al 50 % para rentas entre 18.000 €/ año y 100.000 €/ año, y sube del 40% al 60% para el grupo de rentas superior a 100.000 €/ año. Aquí se observa también falta de equidad en los tramos desde rentas inferiores a 18.000 €/ año hasta los 100.000 €/ año, al carecer de una adecuada progresividad.
- 7.- Grupo de mutualistas y clases pasivas de MUFACE, ISFAS Y MUGEJU, se mantiene en una aportación del 30%.

2.5.2. Valoración situación actual

El sistema actual no es equitativo y habría que reconsiderar algunos aspectos fundamentales:

UNO.- Considerar a todos los españoles en un plano de igualdad, con independencia de ser o no funcionarios y de estar en activo o jubilado, en función de la renta anual percibida.

DOS.- Los tramos actuales para aportaciones en copago farmacéutico en función de las rentas percibidas de menos de 18.000 €/año, entre 18.000 €/año y 100.000 €/año, y más de 100.000 €/año, son demasiado amplios, sobre todo el tramo de 18.000-100.000 €, por lo que tienen falta de equidad.

TRES.- Hay que reconocer el importante efecto que ha tenido la modificación de las aportaciones en copago farmacéutico, que ha representado un ahorro en la factura de este gasto, desde la aplicación del RD 16/2012, de las medidas adoptadas para garantizar la sostenibilidad del SNS hasta el 31 de diciembre de 2015, que se eleva a 5.657,8 millones de euros. El gasto medio por habitante y año ha pasado de 270,3 euros en 2010 a 214,3 euros en 2015.¹⁰⁰

2.5.3. Alcance de la propuesta

La propuesta que realizamos afecta a tres aspectos de los copagos:

1.- Igualdad de todos los ciudadanos respecto de los copagos

En nuestra opinión, resulta más equitativo que los ciudadanos se agrupen en función de sus rentas anuales, es decir, en función de su capacidad de pago, con independencia de su situación laboral, de ser funcionario o no, o de estar en edad de ser activo o de jubilado, o de la procedencia de sus rentas. El sistema actual es discriminatorio en favor de funcionarios y jubilados, sin que exista, en nuestra opinión, ninguna razón objetiva de peso que lo justifique.

2.-Ampliar los tramos de rentas anuales, agrupando a todos los ciudadanos en los siguientes tramos:

¹⁰⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016, p. 238.

Cuadro 15	
PROPUESTA NUEVOS TRAMOS COPAGO SEGÚN RENTA	
GRUPOS	INTEGRANTES
A	- Rentas de Integración. Pensiones no contributivas. Síndrome tóxico. Discapacidad. Sin subsidios
B	- Crónicos y Rentas hasta 18.000 €/año
C	- Rentas desde 18.001 €/año hasta 36.000 €/año
D	- Rentas desde 36.001 €/año hasta 54.000 €/año
E	- Rentas desde 54.001 €/año hasta 72.000 €/año
F	- Rentas de 72.001 €/año hasta 90.000 €/año
G	- Más de 90.001 €/año

Fuente: Elaboración propia.

3.- Ampliar los conceptos de copagos

Hasta ahora el copago se refiere al de productos farmacéuticos prescritos por receta ambulatoria.

Sin embargo, consideramos que al introducir un sistema donde el ciudadano va a tener libertad de elección de centro donde ser atendido, dentro de los concertados públicos y privados, como contrapeso del posible uso abusivo que pudiera favorecer el modelo, sugerimos ampliar el copago a las siguientes prestaciones sanitarias:

- Consultas de Atención Primaria (AP)
- Consultas de Atención Especializada (AE)
- Consultas de Urgencias (AU)
- Consultas de Pruebas Diagnósticas (PD)
- Consultas de Atención Terapéutica (AT)

2.5.4. Propuesta de copago asistencial

Para tratar de moderar o reducir el abuso o sobreabuso del sistema, sugerimos la implementación de un ticket moderador de copago, a partir de un número de atenciones al año exentas, en las consultas de Atención Primaria (AP), Atención Especializada (AE), Urgencias (AU), Pruebas Diagnósticas (PD) y Atención Terapéutica (AT).

La idea consiste en asignar un crédito gratuito de ticket para acudir a estas consultas. La asignación del número de ticket será variable en atención a las circunstancias de cada asegurado, especialmente la cronicidad o situaciones puntuales, y que deban ser consideradas como “normales” en cada circunstancia (criterios a fijar por los profesionales competentes), pudiendo ser revisado al alza desde el sistema informático central, según los casos.

Cada vez que un asegurado asiste a una consulta consume un número de tickets variable, según consulta y grupo de renta donde se encuentre clasificado. Una vez agotado su crédito de tickets, debe adquirir los que necesite.

2.5.5. Procedimiento con los tickets de consultas

El procedimiento parte del principio de la existencia de un sistema informático constituido por toda la red de centros concertados que incluya a todos los asegurados con derecho a las prestaciones sanitarias.

Es el caso del actual Sistema Nacional de Salud que cuenta con el procedimiento e-salud de identificación electrónica de los usuarios que integran el Sistema de Historia Clínica Digital y el Sistema de Receta Electrónica, como instrumentos vertebradores de los agentes del SNS, con un fuerte componente de Tecnología de la Información (TIC), lo que permitirá adoptar sin grandes cambios el procedimiento para los tickets de consultas.¹⁰¹

¹⁰¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016, p. 269.

A cada titular con derecho a las prestaciones sanitarias se le tiene que proveer de una tarjeta sanitaria individual, con validez para todo el territorio nacional, con la que acudirá para ser atendido en los respectivos centros sanitarios.

La tarjeta debe incorporar, o dar acceso, a la información actualizada sobre las siguientes cuestiones:

- a) Datos administrativos personales del asegurado y su clasificación para copago en función de su renta.
- b) Cuenta de tickets para consultas, con acceso del asegurado y de los centros asistenciales.
- c) Historia clínica personal, con acceso restringido a personas identificadas y con clave.

A efecto de control de los tickets, cada vez que el asegurado acuda a una consulta deberá entregar su tarjeta, firmar el justificante que corresponda y se le restará automáticamente el número de tickets consumido, en función del tipo de consulta y de su grupo de renta.

Una vez que al asegurado se le agote sus tickets gratuitos, tiene que recargar su tarjeta con tickets de 0,50 € cada uno, en la cantidad que considere necesario.

El recargo de la tarjeta se podrá efectuar en máquinas instaladas en los principales centros sanitarios, bien mediante dinero en efectivo o con tarjeta de débito o crédito. Un modelo conocido de este tipo de máquinas de recargo de tarjetas, es el instalado en la red de estaciones del Metro de Madrid.

2.5.6. Propuesta de copago farmacéutico según renta

La situación actual es la siguiente:

- a) Menos de 18.000 €/año: 40 %
- b) Entre 18.000-100.000 €/año: ... 50 %
- c) Más de 100.000 €/año: 60 %

CUARTA PARTE: PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

Nuestra propuesta queda así:

Cuadro 16		
PROPUESTA NUEVOS PORCENTAJES DE COPAGOS FARMACÉUTICOS		
GRUPOS	INTEGRANTES	COPAGO
A	- Rentas de Integración. Pensiones no contributivas. Síndrome tóxico. Discapacidad. Sin subsidios	20 %
B	- Crónicos y Rentas hasta 18.000 €/año	30 %
C	- Rentas desde 18.001 €/año hasta 36.000 €/año	40 %
D	- Rentas desde 36.001 €/año hasta 54.000 €/año	50 %
E	- Rentas desde 54.001 €/año hasta 72.000 €/año	60 %
F	- Rentas de 72.001 €/año hasta 90.000 €/año	70 %
G	- Más de 90.001 €/año	80 %

Fuente: Elaboración Propia

Como resumen de la propuesta de copagos hemos elaborado el cuadro nº 16 como resumen de las sugerencias realizadas:

Cuadro 17						
RESUMEN SUGERENCIAS DE COPAGOS FARMACÉUTICOS Y ASISTENCIALES						
COPAGOS ⁽¹⁾						
GRUPOS	Farma⁽²⁾	A.P.	A.E.	A.U.	P.D. ⁽³⁾	A.T. ⁽³⁾
A	20 %	1 Ticket	2 Tickets	4 Tickets	4 Tickets	4 Tickets
B	30 %	2 Tickets	3 Tickets	5 Tickets	5 Tickets	5 Tickets
C	40 %	3 Tickets	4 Tickets	6 Tickets	6 Tickets	6 Tickets
D	50 %	4 Tickets	5 Tickets	7 Tickets	7 Tickets	7 Tickets
E	60 %	6 Tickets	7 Tickets	9 Tickets	9 Tickets	9 Tickets
F	70 %	8 Tickets	9 Tickets	11 Tickets	11 Tickets	11 Tickets
G	80 %	10 Tickets	11 Tickets	13 Tickets	13 Tickets	13 Tickets

Fuente: Elaboración propia

- (1) A partir de haber consumido un crédito previamente establecido para cada asegurado
- (2) Para receta en régimen ambulatorio
- (3) Máximo por prueba, puede ser inferior según tipo de prueba o asistencia terapéutica, a modular técnicamente

Siglas utilizadas:

Farma : Productos farmacéuticos en ambulatorio.

A.P. : Consulta de Atención Primaria.

A. E. : Consulta de Atención Especializada.

A. U. : Consulta en Atención de Urgencias.

P. D. : Pruebas Diagnósticas.

A. T. : Atención Terapéutica (radioterapia, fisioterapia, etc.)

2.6. Propuesta Fundación Asistencial Sanitaria

2.6.1. Antecedentes

Es conocido que la crisis económica vivida en el mundo occidental entre 2008 y 2012 ha tenido efectos devastadores en la actividad económica, afectando sobre todo a las prestaciones del llamado estado de bienestar, es decir, desempleo, pensiones y sanidad.

En España, respecto de la sanidad, se publicó el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, implementando medidas que tratan de corregir ineficiencias.

Una de las ineficiencias abordadas ha sido la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, redefiniendo la condición de “asegurado” en los siguientes términos:

“Artículo 3. De la condición de asegurado:

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 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. ”

Se añade un artículo 3 ter, que tendrá la siguiente redacción:

“Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

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. ”

Queda claro que se ha vinculado la asistencia sanitaria a la condición de asegurado, y ello entra en cierta contradicción con la forma de aplicar el derecho de prestación sanitaria que “desde 1986 se venía reconociendo

a toda persona con independencia de su nacionalidad o de su situación administrativa”.¹⁰²

Con independencia de la necesidad de reducir el gasto sanitario y poner cierto orden en las prestaciones, lo que es evidente es que el derecho de protección de la salud para los colectivos de inmigrantes sin residencia legal autorizada en España, solamente serán atendidos de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, y asistencia al embarazo, parto y postparto, y en cualquier caso para los menores de hasta los 18 años.

Sin embargo, hemos de convenir que “lo que implica esta reforma es una vulneración del contenido esencial del derecho a la protección de la salud afectando a su titularidad y al principio de justa igualdad de oportunidades al impedir que los enfermos del colectivo excluido del Sistema Nacional de Salud recuperen las capacidades que le permitan desarrollar de manera autónoma sus propios planes de vida.”¹⁰³

2.6.2. Objeto y ámbito

En el marco de gestión sanitaria del modelo que proponemos, cada uno de los centros sanitarios públicos concertados tiene que tener su propia autonomía económica-financiera, y defender su sostenibilidad con el resultado de la actividad de prestación de asistencia sanitaria. Es decir, tiene que cobrar toda su actividad y ello hay que hacerlo compatible con la extensión del derecho a la protección de la salud a todos los colectivos de personas excluidos de la asistencia ordinaria por el Real Decreto 16/2012, de 20 de abril.

Para ello proponemos la creación, en cada Comunidad Autónoma de una Fundación Asistencial Sanitaria de Extremadura¹⁰⁴, con el objeto de financiar todo el gasto sanitario en que se pueda incurrir por la atención

¹⁰² MARCOS DEL CANO, AM. “El derecho a una asistencia sanitaria para todos: una visión integral”, Dykinson, Madrid, 2017, p. 55.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 57

¹⁰⁴ Extremadura, Madrid, Cataluña, etc.

que reciban los colectivos excluidos, en los términos que más adelante se describe.

El ámbito territorial de cada fundación que se constituya es el de su propio territorio autonómico.

2.6.3. Aspectos normativos de fundaciones

La constitución española en su artículo 34, reconoce el derecho de fundación para fines de interés general, con arreglo a la ley.

Según la Ley 50/2002, de 20 de diciembre, de Fundaciones, que regula el derecho fundacional reconocido en la Constitución española, una fundación es una organización constituida sin fin de lucro, que tiene afectado de modo duradero su patrimonio para la realización de fines de interés general.

Una fundación puede ser constituida tanto por personas físicas como jurídicas, sean estas públicas o privadas (art. 8.1). Las personas que la constituyen se denominan fundadores (art. 10.a). El órgano de gobierno se denomina el Patronato (art. 14) y estará constituido por un mínimo de tres miembros (los patronos), que elegirán entre ellos un Presidente (art. 15).

El patrimonio de la fundación estará formado por todos los bienes, derechos y obligaciones susceptibles de valoración económica que integran la dotación inicial, así como aquéllos que adquiera la fundación con posterioridad a su constitución (art. 19).

El Protectorado es un órgano superior que velará por el correcto ejercicio del derecho de fundación y por la legalidad de la constitución y funcionamiento de las fundaciones (art.34).

Por su parte la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo, dictada al amparo del artículo 149.1.14^a de la Constitución española, tiene una finalidad eminentemente incentivadora de la colaboración particular en la consecución de los fines de interés general, por lo que, a su amparo, la fundación que proponemos encuentra su normativa

reguladora para la actividad asistencial prevista, tanto en cuanto al régimen fiscal de la actividad prevista a desarrollar (art.7.c), cómo por la exención de los ingresos por donativos y donaciones que reciba (art. 6.1.a).

Del mismo modo la ley, en su Título III sobre incentivos fiscales al mecenazgo, determina el régimen fiscal de las donaciones y aportaciones, con la deducción de la cuota del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y la del Impuesto de Sociedades (arts. 16 al 24)

2.6.4. Beneficiarios

Será beneficiario de la asistencia sanitaria toda aquella persona que se encuentre en territorio nacional, en la cual se dé estas dos condiciones:

- a) No tenga derecho a obtener la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud.
- b) No tenga patrimonio propio y/o rentas de cualquier naturaleza, dentro o fuera del territorio nacional, superior a los límites que en cada momento se determine.

Tendrán derecho a que se les expida una tarjeta de asistencia sanitaria específica de la fundación, a título individual para los mayores de edad, e incluidos a los menores con cada uno de sus progenitores. La tarjeta será expedida por la Fundación previa solicitud realizada por cualquiera de los órganos de la administración central, autonómica o local, o entidades asistenciales sin fines lucrativos, como Cruz Roja, Cáritas, etc, relacionados con los colectivos excluidos del derecho, todo ello en los términos y con la documentación que se establezca, siempre que se ajuste a la normativa y criterio de la Fundación.

La tarjeta que se emita deberá determinar lo siguiente:

- a) El **ámbito territorial** de validez para recibir la asistencia sanitaria, que ordinariamente será el territorio de la comunidad en la que se emite la tarjeta.

- b) El **ámbito temporal** de validez para recibir la asistencia sanitaria, sin perjuicio de su renovación, si procede.
- c) El **límite, en términos económicos, de asistencia** sanitaria a partir del cual es necesario obtener la conformidad de la fundación.
- d) El **límite de centros** a los que se puede acudir para recibir asistencia, ordinariamente serán centros públicos concertados de la comunidad, y excepcionalmente, previa autorización, centros concertados privados.

Cada centro que preste sus servicios factura los mismos a la fundación, quien se hará cargo de su pago.

2.6.5. Fuentes de financiación

Cada fundación debe constituirse bajo la protección de dos fundadores, por un lado la Comunidad Autónoma correspondiente, y de otro la administración central, por medio de los órganos que cada parte designe.

Estos dos fundadores serán los garantes de la financiación de la fundación y por tanto de aportar los recursos económicos de la dotación inicial, así como los que requiera la financiación neta de su actividad, hasta equilibrar anualmente la financiación de sus gastos.

Entre las fuentes externas de financiación de la fundación se potencia la aportación financiera de los benefactores, entre los que distinguimos:

a) Benefactores vinculados con el sector sanitario.

Serian aquéllos que por su actividad profesional o empresarial, están más relacionados con el sector sanitario, por ejemplo, laboratorios farmacéuticos, empresas de servicios sanitarios, tecnología y equipamiento sanitario, constructoras, suministradores, etc.

Este tipo de benefactores, si lo consideran conveniente, firmarán un acuerdo de financiación como benefactor de la fundación mediante el cual se comprometen a donar a la fundación un porcentaje del importe de cada concurso público que le adjudique la administración autonómica (a determinar, por ejemplo un 0,10%, 0,20%, 0,30%, etc, del valor de adjudicación).

CUARTA PARTE: PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

La firma del acuerdo de financiación como benefactor, deberá constituir un aspecto valorable dentro de las especificaciones que se determinen para cada concurso público que convoque la Comunidad Autónoma en el sector sanitario, incluso a otros que se pueda extender, ponderando la puntuación que se le asigne, sin que en ningún caso se sitúe por encima de los criterios fundamentales relativos a la calidad, servicios, proximidad, precio, etc.

Se trata de dar un pequeño incentivo a los que son más solidarios socialmente con los más desfavorecidos, y cooperan a descargar al Estado de una parte de los gastos en prestaciones sanitarias solidarias.

Cada aportación a la fundación gozará de todos los beneficios fiscales y exenciones que determine la correspondiente normativa legal, en relación al Impuesto de Sociedades, deducciones, etc.

b) **Benefactores no vinculados con el sector sanitario.**

En este bloque de benefactores pueden encuadrarse, todas aquellas personas físicas o jurídicas (asociaciones, fundaciones, empresas, etc), que se sienten solidarios y desean cooperar con fondos propios, cuyos donativos gozarán de todos los beneficios fiscales y exenciones que correspondan.

Recordamos aquí la donación realizada por la Fundación Amancio Ortega (INDITEX, ZARA, etc) para tecnología sanitaria, que resultó criticada por algunos sectores de la sociedad que entendían que la sanidad pública tenía que tener autonomía y no aceptar donaciones.

Aquí tendría perfecta acogida una donación de esas características, y además tendría una finalidad solidaria mucho más concreta para la ayuda a los desfavorecidos.

3. LA PROVISION

3.1. El Contrato de Concierto

El instrumento jurídico contractual necesario para implementar la provisión de las prestaciones de servicios sanitarios tiene que ajustarse a nuestro ordenamiento jurídico para que el modelo alternativo propuesto sea posible.

No son de aplicación las disposiciones del Código Civil referidas a los contratos, artículos 1.254 al 1.314, ni tampoco utilizar las disposiciones referidas al contrato de arrendamiento de obras o servicios, en el que una de las partes se obliga a ejecutar una obra o a prestar a la otra un servicio por precio cierto (artículo 1.544 del Código Civil).

Estas disposiciones referidas al Código Civil son plenamente aplicables al objeto del contrato, pero entre personas naturales o jurídicas particulares.

En el caso que nos ocupa, al tratarse de un contrato en el que siempre una de las partes, la Contratante, es una Administración Pública, es decir el Órgano de la Administración del Estado “comprador” de las unidades prestacionales sanitarias, necesariamente tenemos que recurrir a la legislación vigente sobre Contratos del Sector Público.

La ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24UE, de 26 de febrero de 2014, deroga el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la citada ley.

Por tanto la Ley 9/2007, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público es la última legislación consolidada e incorpora a nuestro ordenamiento la normativa de carácter internacional, como la de la OCDE, de UNCITRAL de la ONU o, especialmente, las Directivas de la Comunidad Europea.

Los objetivos que inspiran la regulación contenida en esta Ley son, en primer lugar, lograr una mayor transparencia en la contratación pública, y en segundo lugar, el de conseguir una mejor relación calidad-precio.¹⁰⁵

Siguiendo la regulación de la Directiva 2014/23/UE, de 26 de febrero de 2014, recoge la Ley 9/2017 que los poderes públicos siguen teniendo libertad para prestar por si mismos determinadas categorías de servicios, en concreto los servicios que se conocen como servicios a las personas, como ciertos servicios sociales, sanitarios, incluyendo los farmacéuticos, y educativos, u organizar los mismos de manera que no sea necesario celebrar contratos públicos, para determinados importes económicos, por ejemplo, mediante la simple financiación de estos servicios o la “concesión de licencias o autorizaciones a todos los operadores económicos que cumplan las condiciones previamente fijadas por el poder adjudicador, sin límites ni cuotas, siempre que dicho sistema garantice una publicidad plural y suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación”¹⁰⁶, pero por su cuantía no serían de aplicación en esta propuesta.

Por otro lado, en las disposiciones de esta Ley se delimitan los tipos contractuales, así en el artículo 12 se dispone:

“1. Los contratos de obras, concesión de obras, concesión de servicios, suministro y servicios que celebren las entidades pertenecientes al sector público se calificaran de acuerdo con las normas contenidas en la presente sección.

2. Los restantes contratos del sector público se calificaran según las normas de derecho administrativo o de derecho privado que les sean de aplicación.”

Es de destacar, por su relación directa con la propuesta que se realiza, que en la Disposición adicional decimonovena de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, se regulan los Concierdos para la prestación de asistencia sanitaria celebrados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la

¹⁰⁵ Ley 9/2017, Exposición de Motivos II

¹⁰⁶ Ley 9/2017, Exposición de Motivos IV

Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), disponiendo que:

“1. Los conciertos que tengan por objeto la prestación de servicios de asistencia sanitaria y que, para el desarrollo de su acción protectora, celebren la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas con entidades públicas, entidades aseguradoras, sociedades médicas y otras entidades o empresas, cualquiera que sea su importe y modalidad, tendrán la naturaleza de contratos de concesión de servicios regulándose por la normativa especial de cada mutualidad y, en todo lo no previsto por la misma, por la legislación de contratos del sector público.

2. En todo caso, las referidas entidades darán a conocer su intención de celebrar los mencionados conciertos mediante un anuncio de información previa en el que figurará el contenido recogido en el anexo III. B. Sección 3 de la presente Ley, que deberá publicarse en su perfil de contratante y en el «Diario Oficial de la Unión Europea».

Asimismo, les será de aplicación lo señalado en el artículo 154 y en el Capítulo V del Título I del Libro Primero de la presente Ley, referidos respectivamente a la publicación del anuncio de formalización y al recurso especial en materia de contratación.”¹⁰⁷

Entendemos que dada la similitud existente entre el sistema de provisión de prestación de servicios sanitarios que realizan las Mutuas MUFACE, MUGEJU e ISFAS, respecto de sus mutualistas, por medio de “conciertos para la prestación de asistencia sanitaria”, el mismo modelo contractual, con las debidas y necesarias precisiones, podría ser utilizado para concertar los centros públicos y privados que prestarían los servicios sanitarios en el modelo propuesto.

En todo caso, no pretendemos en esta tesis profundizar en el encaje jurídico específico del contrato para la prestación de los servicios sanitarios, si no analizar si tendría cabida en nuestro ordenamiento jurídico. Y hemos llegado a

¹⁰⁷ Ley 9/2017, Disposición adicional decimonovena.

la conclusión de que con la nueva Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo, 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 28 de febrero de 2014, la figura del contrato de Concierto tiene perfecta cabida en este texto y contexto, tanto por sus disposiciones, como por el espíritu que se refleja en la Exposición de Motivos.

Si algún día se pusiera en marcha el modelo propuesto de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, habría que realizar las modificaciones oportunas en la Ley 9/2017, para recoger esta específica modalidad de contratación.

3.2. Centros Públicos Concertados

El artículo 15 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, dispone:

“Artículo 15. Contrato de Concesión de Servicios.

1. El contrato de concesión de servicios es aquel en cuya virtud uno o varios poderes adjudicadores encomiendan a título oneroso a una o varias personas, naturales o jurídicas, la gestión de un servicio cuya prestación sea de su titularidad o competencia, y cuya contrapartida venga constituida bien por el derecho a explotar los servicios objeto del contrato o bien por dicho derecho acompañado del de percibir un precio.

2. El derecho de explotación de los servicios implicará la transferencia al concesionario del riesgo operacional, en los términos señalados en el apartado cuarto del artículo anterior.”¹⁰⁸

A la vista de este texto “uno o varios poderes adjudicadores encomiendan a título oneroso a una o varias personas, naturales o jurídicas, la gestión de un servicio cuya prestación sea de su titularidad o competencia...”

Es decir, para ser adjudicatario se requiere una o varias personas, naturales u jurídicas.

¹⁰⁸ Ley 9/2017, artículo 15

Con relación a la persona jurídica, entendemos que incluye a todas aquellas cuya personalidad jurídica y estatutaria sea apta para suscribir el contrato de concierto de prestación de servicios sanitarios, con independencia de si son entidades con ánimo de lucro, o sin él, y de la personalidad jurídica pública o privada de los titulares, en su caso, del capital social.

En cualquier caso los centros sanitarios de titularidad pública deberán adaptar su personalidad jurídica, como entidades públicas empresariales, reguladas por lo dispuesto en la Sección 3ª del Capítulo III, De los organismos públicos estatales, de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que en su artículo 103 dispone:

“Artículo 103. Definición.

1. Las entidades públicas empresariales son entidades de Derecho público, con personalidad jurídica propia, patrimonio propio y autonomía en su gestión, que se financian mayoritariamente con ingresos de mercado y que junto con el ejercicio de potestades administrativas desarrollan actividades prestacionales, de gestión de servicios o de producción de bienes de interés público, susceptibles de contraprestación.
2. Las entidades públicas empresariales dependen de la Administración General del Estado o de un Organismo autónomo vinculado o dependiente de ésta, al que le corresponde la dirección estratégica, la evaluación de los resultados de su actividad y el control de eficacia.
3. Con independencia de cuál sea su denominación, cuando un organismo público tenga naturaleza jurídica de entidad pública empresarial deberá figurar en su denominación la indicación de «entidad pública empresarial» o su abreviatura «E.P.E.»¹⁰⁹

De acuerdo con esta definición, las entidades públicas empresariales tienen personalidad jurídica propia, patrimonio y autonomía de gestión, que se financian mayoritariamente con ingresos de mercado, y en el caso de las Autonomías dependen de ésta, a quien corresponde la dirección estratégica, la evaluación de los resultados de su actividad y el control de eficacia.

¹⁰⁹ Ley 40/2015, Régimen Jurídico del Sector Público, artículo 103.

Por lo expuesto, en nuestra opinión, la figura del Contrato de Concierto propuesto puede celebrarse entre el poder adjudicador, es decir el Órgano competente de la Administración Central del Estado, y la entidad pública empresarial adjudicataria, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, teniendo encaje y cabida esta contratación.

3.2.1. Modalidades de concertación pública

Los centros concertados públicos podrán optar a la concertación de las unidades de prestación sanitaria que cada uno de esos centros pueda acreditar.

De tal forma que en una Comunidad Autónoma concreta, en la que en la actualidad existe una pluralidad de centros sanitarios públicos, con atenciones prestacionales diversas, deberán, en primer lugar, definir y concretar cuantas unidades empresariales públicas van a constituir y con qué cartera de servicios.

Este primer paso permitirá, a cada autonomía, poder dotar de personalidad jurídica y patrimonial independiente y, consecuentemente de su gestión sanitaria, económica y financiera, que permita su mejor control y seguimiento por la Comunidad Autónoma.

A cada una de estas unidades empresariales se les adscribirá parte de los centros asistenciales existentes, siguiendo los criterios de volumen, complementariedad, zonificación, etc. Por ejemplo, una unidad empresarial podría constituirse con un Hospital General, con todos sus servicios, centros de salud asociados y complementarios dentro de una zona o área de salud, sin adscripción alguna de asegurados, ya que estos tendrán libertad para elegir el centro donde deseen ser atendidos, y a su vez los centros podrán atender a cualquier asegurado de otros territorios de la Comunidad o fuera de ella, facturando las unidades de prestación sanitarias realizadas.

Por tanto, los sujetos jurídicos susceptibles de ser concertados, serán las unidades empresariales que cada autonomía decida constituir, y ésta

unidad empresarial será la que formalizará el Contrato de Concierto y realizará sus Planes de Inversiones y de Educación y Formación, solicitará los créditos para inversiones de acuerdo con sus respectivos planes de inversión, etc.

Naturalmente, cada Comunidad Autónoma, como titular del capital social de cada unidad empresarial, designará la composición del Órgano de Administración, supervisará el nombramiento de los correspondientes gestores, controlará la gestión de los mismos, aprobará sus planes de inversiones y de formación, así como sus Cuentas Anuales, y orientará las políticas que mejoren la calidad asistencial.

A partir de la unidad empresarial, cada una de ellas, concretará su cartera de servicios sanitarios, los cuales como en otro apartado se ha descrito, sugerimos distinguir así:

1.- ACTO MEDICO UNITARIO AMBULATORIO

- 1.1. Consulta de atención primaria.
- 1.2. Consulta de atención especializada.
- 1.3. Consulta de atención de urgencias.

2.- ACTO MEDICO POR PROCESO AMBULATORIO

- 2.1. Prueba diagnóstica.
- 2.2. Atención terapéutica.
- 2.3. Cirugía ambulatoria.

3.- ACTO MEDICO POR PROCESO HOSPITALARIO

- 3.1. Cirugía por proceso hospitalario.
- 3.2. Atención médica por proceso hospitalario.

Existe la posibilidad de concertar capitativos para atención de urgencias en ciertas áreas rurales o urbanas.

El acto médico retribuido por capitativo es una herramienta que se puede utilizar para obtener una doble garantía, por un lado al asegurado se le garantiza un servicio de urgencias 24 horas en zonas de baja población, donde objetivamente podría no existir ese servicio, y al mismo tiempo al centro concertado se le garantiza unos ingresos fijos, una cantidad por asegurado del área, que recibirá sea cual sea el nivel de actividad asistencial prestada.

3.3. Centros Privados Concertados

La concertación de centros privados no presenta especiales dificultades, desde el punto de vista de cada uno de los centros, que pueden tener la personalidad correspondiente a persona natural o jurídica.

Una vez definido legalmente desde la Administración Central del Estado, el órgano correspondiente y el instrumento jurídico para efectuar el Contrato de Concierto, se pondría en marcha todo el proceso de solicitud y evaluación hasta alcanzar la firma del contrato.

Las exigencias y requisitos para la concertación es idéntica a la de los centros públicos.

La diferencia fundamental con los centros públicos radica en que los centros privados tendrán que aportar sus planes de inversiones y, en su caso, los de educación y formación, pero no tendrán acceso a los créditos públicos para financiar las inversiones necesarias, cuestión reservada exclusivamente para los centros públicos concertados.

Los centros privados concertados tienen que resolver su estructura financiera por sus propios medios, acudiendo a recursos propios o ajenos, según le convenga, con un equilibrio financiero que deberá ser evaluado con la solicitud, como requisito previo a la concertación.

3.3.1. Modalidades de concertación privada

Los centros concertados privados podrán optar a la concertación de las unidades de prestación sanitaria que cada uno de esos centros pueda acreditar.

Cada centro privado puede optar por concertar una o varias unidades empresariales, aunque constituyan una única unidad desde el punto de vista mercantil, bajo la misma denominación social, si a sus intereses de gestión sanitaria, económica y financiera le fuese conveniente. Ello implicaría la posibilidad de concertar algunos centros de actividad y otros no.

Cada una de estas unidades empresariales tendría adscritos una parte de los centros asistenciales existentes para ser concertados, si bien jurídica y patrimonialmente se concierta con la denominación social matriz.

A partir de la unidad empresarial, cada una de ellas, concretará su cartera de servicios sanitarios, los cuales como en otro apartado se ha descrito, sugerimos distinguir así:

1.- ACTO MEDICO UNITARIO AMBULATORIO

- 1.1. Consulta de atención primaria.
- 1.2. Consulta de atención especializada.
- 1.3. Consulta de atención de urgencias.

2.- ACTO MEDICO POR PROCESO AMBULATORIO

- 2.1. Prueba diagnóstica.
- 2.2. Atención terapéutica.
- 2.3. Cirugía ambulatoria.

3.- ACTO MEDICO POR PROCESO HOSPITALARIO

- 3.1. Cirugía por proceso hospitalario.
- 3.2. Atención médica por proceso hospitalario.

Existe la posibilidad de concertar capitativos para atención de urgencias en ciertas áreas rurales o urbanas.

El acto médico retribuido por capitativo es una herramienta que se puede utilizar para obtener una doble garantía, por un lado al asegurado se le

CUARTA PARTE: PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

garantiza un servicio de urgencias 24 horas en zonas de baja población, donde objetivamente podría no existir ese servicio, y al mismo tiempo al centro concertado se le garantiza unos ingresos fijos, una cantidad por asegurado del área, que recibirá sea cual sea el nivel de actividad asistencial prestada.

4. VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL MODELO PROPUESTO

4.1. Ventajas del modelo propuesto

Hemos analizado las ventajas, es decir, los aspectos positivos o beneficiosos que se conseguirían con la implantación del modelo de financiación y provisión propuesto, respecto de la problemática existente de ineficiencias del actual modelo y hemos identificado las más significativas, las cuales seleccionamos de forma resumida:

4.1.1. Garantiza la igualdad de los españoles

Con la implantación de la libertad de elección del asegurado para acudir al centro concertado, público o privado, que desee dentro del territorio español se lleva a puro efecto lo dispuesto en el artículo 14 de la Constitución española que dice:

“Artículo 14. Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

Esta igualdad de todos los españoles implica poder disfrutar del mismo contenido de la cartera de servicios sanitarios y de recibir la debida atención sanitaria en igualdad de trato en cualquier punto del territorio español, desapareciendo las actuales dificultades de compensación entre los diecisiete sistemas autonómicos.

4.1.2. Asigna equitativamente los recursos públicos

El modelo de provisión de las prestaciones sanitarias que proponemos se caracteriza por separar la financiación de la provisión, pasándose a financiar la provisión de las unidades de prestaciones sanitarias realizadas en una red de centros públicos y privados, previamente concertados.

Con este procedimiento se abandona financiar el coste de los centros públicos, fuese éste el que fuese, y se pasa a financiar el precio de la producción en un entorno competitivo, lo que supone cumplir con lo dispuesto en el artículo 31.2. de la Constitución española para mejor servir al bienestar con unos recursos limitados:

“Artículo 31.2. El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía.”

4.1.3. Garantiza la sostenibilidad del SNS

Al introducir en el SNS la gestión de la financiación de la provisión de forma centralizada, se financia el mismo coste por unidad de prestación sanitaria tanto en centros concertados públicos como privados.

Los centros concertados, tendrán que competir entre ellos, no en precio, pero si en ser competentes en alcanzar la mejor calidad asistencial, aplicando los principios de eficacia (productividad), y eficiencia (costes ajustados), lo que beneficiará al SNS al hacer desaparecer todos los costes asociados a las ineficiencias, garantizando así su evolución y sostenibilidad.

4.1.4. Mejora de la financiación – gestión autonómica

El modelo actual de financiación de las Comunidades Autónomas es motivo de insatisfacción general. Uno de los capítulos que absorbe mayor cantidad de recursos es el correspondiente a la financiación de las prestaciones sanitarias del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

El gasto sanitario público ¹¹⁰ según comunidad autónoma, en porcentaje sobre PIB, millones de euros y euros por habitantes, al cierre de 2014 es el siguiente:

¹¹⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016, p. 266.

Cuadro 18

GASTO SANITARIO PUBLICO POR COMUNIDADES AUTONOMAS

Autonomías	% sobre PIB	Millones de €	€/ Habitantes
Extremadura	9,4	1.588	1.448
Murcia	7,7	2.075	1.419
Asturias	7,3	1.517	1.433
Cantabria	7,0	826	1.406
Castilla Mancha	6,9	2.517	1.213
Galicia	6,6	3.553	1.293
Canarias	6,4	2.605	1.232
Andalucía	6,3	8.737	1.042
Valencia	6,1	5.924	1.195
Castilla León	6,0	3.164	1.268
Aragón	5,8	1.899	1.427
La Rioja	5,4	419	1.330
País Vasco	5,4	3.430	1.582
Navarra	5,2	914	1.435
Baleares	5,1	1.332	1.194
Cataluña	4,7	9.205	1.241
Madrid	3,8	7.423	1.164
Total Sector	5,5	57.128	1.233

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público, 2016, pp. 266 y ss.

En términos de PIB Extremadura tiene un porcentaje del 9,4 %, seguida de Murcia con el 7,7 % y de Asturias con el 7,3%, que son las comunidades con mayor porcentaje. Por el contrario, Madrid con el 3,8%, Cataluña con el 4,7 y Baleares con el 5,1% son las de menor porcentaje de PIB.

En valores absolutos, el 44,4% del gasto sanitario público del sector es originado por tres Comunidades Autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 9.205, 8.737 y 7.423 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Cantabria y Navarra son las Comunidades que generaron el gasto más bajo.

En relación a su población, las Comunidades con más gasto sanitario público son País Vasco con 1.582 €/ habitantes, Extremadura con 1.448 €/ habitantes y Navarra con 1.435 €/ habitantes.

El gasto en sanidad en los presupuestos de las Comunidades Autónomas representa un montante medio de los años 2014, 2015 y 2016 situado en el 32,95 % del Presupuesto total, si bien en 2016 nueve autonomías de las diecisiete se encuentran por encima de la media de los tres últimos años, con tasas situadas entre el 35 y el 40%. ¹¹¹

Estas ingentes aportaciones presupuestarias, además, resultan insuficientes y están generando retrasos en los cambios necesarios de inmuebles, instalaciones, equipos de tecnología sanitaria, abocando al sistema a una obsolescencia galopante de difícil abordaje.

Con el sistema actual, todas las autonomías encuentran dificultades para financiar las demás competencias que tienen atribuidas, con el consiguiente perjuicio para la ciudadanía y el desarrollo social y económico de su población y territorio.

Con el modelo de financiación propuesto se resolvería una parte muy importante de la financiación autonómica, ayudando a las Comunidades Autónomas a centrarse en la gestión de los centros públicos concertados, dotándolas de instrumentos modernos para abordar las políticas de personal, equipamientos, etc, en busca de su propia eficacia y eficiencia con resultados medibles y comparables, que harán progresar las respectivas autonomías.

4.1.5. Facilita la integración de MUFACE, MUGEJU e ISFAS en el SNS

Como es conocido, actualmente alrededor de dos millones de personas están integrados en la Mutua de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la Mutua General de la Judicatura (MUGEJU) y los miembros del Ejército y Fuerzas Armadas (ISFAS), de los cuales 1.477.320 beneficiarios han elegido la asistencia sanitaria privada. ¹¹²

En lo que se refiere a la asistencia sanitaria, incluyendo la farmacéutica, Muface, Mugeju e Isfas forman parte del Sistema Nacional de Salud, en

¹¹¹ Presupuestos Sanitarios 2016, Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios CC.OO., pp. 132 y ss

¹¹² “Diario El Mundo”, 28-12-17, “MUFACE y las aseguradoras renuevan por dos años el concierto sanitario por 2.161 millones y dará cobertura a 1.477.320 beneficiarios”, p. 12.

su calidad de entidades gestoras del Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios.

La asistencia sanitaria se proporciona, a elección del mutualista, bien en el sistema sanitario público, o bien a través de los medios de las entidades de seguro libre que hayan concertado con las Mutualidades dichas asistencias, por ejemplo, Adeslas, Asisa, DKV, Caser, etc.

Hasta ahora, el sistema ha funcionado aceptablemente bien, pero no está exento de problemas, especialmente por lo que supone de cierta desigualdad de unos españoles (la mayoría) a otros (los funcionarios) dado que estos últimos tienen el privilegio de poder elegir el sistema de prestación sanitaria que quieran.

Este sistema de prestación sanitaria es el elegido por el ochenta por ciento de los mutualistas, aún a costa de retenerles una pequeña cantidad en sus nóminas, mientras que el veinte por ciento opta por la atención sanitaria pública.

Con la propuesta que realizamos de nuevo modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, con libre elección de los asegurados, tanto en centros concertados públicos como en centros concertados privados, carecería de sentido alguno seguir manteniendo el Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios, al poderse integrar de pleno en el SNS y poder disfrutar al mismo tiempo de la sanidad pública y de la privada.

4.1.6. Desaparecen las listas de espera

Con la concertación de centros públicos y privados, en un entorno de libre elección de los asegurados, aumentará la oferta de centros sanitarios en cuantía muy significativa.

Una estimación prudente podría ser que, junto a la concertación del cien por cien de los centros públicos, se pudiera concertar una cantidad de centros privados equivalente a un cincuenta por ciento de la capacidad asistencial de los centros públicos concertados, especialmente en

atención primaria y especializada, pruebas diagnósticas, asistencia terapéutica, cirugía ambulatoria y con hospitalización, etc.

La ventaja de la desaparición de las listas de espera supondrá, además de la mejora de la calidad asistencial y consecuentemente del bienestar de las personas, un ahorro en número de consultas, repetición de pruebas, atenciones de urgencias, consumo de medicamentos, menos horas de trabajos perdidas por bajas asistenciales... etc.

4.1.7. Facilita abordar mejor la obsolescencia tecnológica sanitaria

España no cumple con las directrices europeas del COCIR (Comité Europeo de Coordinación de la Industria de Electro-medicina, Radiología y Cuidado de Salud). Estamos en los últimos lugares en Europa en obsolescencia, por ejemplo, quinto lugar por la cola en TAC y en último lugar en Resonancia Magnética.

“El parque tecnológico de las comunidades es el más antiguo de las últimas décadas. Habría que invertir un total de 1.400 millones de euros en cuatro años para cumplir las directrices de COCIR.”¹¹³

Con la implantación del modelo propuesto de financiación y provisión, se proyecta la creación de un Banco de Crédito Sanitario para facilitar la financiación de los planes de inversiones, si bien solo sería de aplicación en centros concertados públicos.

4.1.8. Aumenta la responsabilidad y satisfacción de los asegurados

La libre elección del asegurado le otorga un poder de responsabilidad en su decisión, al tener varias opciones a su disposición, lo que implicará un mayor nivel de satisfacción por tener cubiertas sus expectativas de forma razonable.

Esta libre elección del asegurado facilitará también poder establecer, como contrapeso, un sistema de copagos mínimos, establecido con criterios racionales de equidad, mínimos exentos para ciertas rentas, etc

¹¹³ LOPEZ M.L., Presidente de FENIN, “Diario Médico”, 04-10 Diciembre 2017, p. 5

con el objeto de frenar o reducir la demanda abusiva en muchas prestaciones, por ejemplo, los servicios de urgencias.

4.1.9. Aumenta la calidad asistencial

Con el sistema de centros concertados públicos y privados, con libre elección del asegurado en todo el territorio español, se posibilita que todos los centros asistenciales mejoren las condiciones de actitud y aptitud de todo su personal, para alcanzar las cotas más altas de satisfacción de los usuarios y del personal.

Es razonable pensar que los centros implementarán sistemas de retribución variable asociados al nivel de satisfacción de los usuarios y a la eficacia y eficiencia alcanzada en su trabajo, y en sus resultados, lo que necesariamente se traduce en un aumento de la calidad asistencial general.

4.1.10. Facilita la introducción del copago

La implantación del copago para prestaciones sanitarias de consultas de Atención Primaria (AP), de Atención Especializada (AE), de Urgencias (AU), de Pruebas Diagnósticas (AD) y de Atención Terapéutica (AT), deviene imprescindible como contrapeso a la libre elección del asegurado.

Además, el copago resulta también una herramienta para evitar el abuso asistencial, inducido o no, que se presenta como un riesgo del modelo propuesto.

Tal como se ha desarrollado en el apartado 2.5, una propuesta de copago, de este capítulo, la idea consiste en asignar un crédito gratuito de ticket para acudir a estas consultas. La asignación del número de ticket será variable en atención a las circunstancias de cada asegurado, especialmente la cronicidad o situaciones puntuales, y que deban ser consideradas como “normales” en cada circunstancia (criterios a fijar por los profesionales competentes), pudiendo ser revisado al alza desde el sistema informático central, según los casos.

CUARTA PARTE: PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

Cada vez que un asegurado asiste a una consulta consume un número de tickets variable, según consulta y grupo de renta donde se encuentre clasificado. Una vez agotado su crédito de tickets, debe adquirir los que necesite.

El procedimiento parte del principio de la existencia de un sistema informático constituido por toda la red de centros concertados que incluya a todos los asegurados con derecho a las prestaciones sanitarias.

Es el caso del actual Sistema Nacional de Salud que cuenta con el procedimiento e-salud de identificación electrónica de los usuarios que integran el Sistema de Historia Clínica Digital y el Sistema de Receta Electrónica, como instrumentos vertebradores de los agentes del SNS, con un fuerte componente de Tecnología de la Información (TIC), lo que permitirá adoptar sin grandes cambios el procedimiento para los tickets de consultas.¹¹⁴

A cada titular con derecho a las prestaciones sanitarias se le tiene que proveer de una tarjeta sanitaria individual, con validez para todo el territorio nacional, con la que acudirá para ser atendido en los respectivos centros sanitarios.

La tarjeta debe incorporar, o dar acceso, a la información actualizada sobre las siguientes cuestiones:

- a) Datos administrativos personales del asegurado y su clasificación para copago en función de su renta.
- b) Cuenta de tickets para consultas, con acceso del asegurado y de los centros asistenciales.
- c) Historia clínica personal, con acceso restringido a personas identificadas y con clave.

A efecto de control de los tickets, cada vez que el asegurado acuda a una consulta deberá entregar su tarjeta, firmar el justificante que corresponda

¹¹⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016, p. 269.

y se le restara automáticamente el número de tickets consumido, en función del tipo de consulta y de su grupo de renta.

Una vez que al asegurado se le agote sus tickets gratuitos, tiene que recargar su tarjeta con tickets de 0,50 € cada uno, en la cantidad que considere necesario.

El recargo de la tarjeta se podrá efectuar en máquinas instaladas en los principales centros sanitarios, bien mediante dinero en efectivo o con tarjeta de débito o crédito. Un modelo conocido de este tipo de máquinas de recargo de tarjetas, es el instalado en la red de estaciones del Metro de Madrid.

4.2. Inconvenientes del modelo propuesto

Hemos analizado los posibles inconvenientes, es decir, los aspectos negativos o perjudiciales que se producirían con la implantación del modelo de financiación y provisión propuesto.

Naturalmente, toda innovación puede tener efectos adversos debidos, en este caso, al propio diseño del sistema de financiación y provisión, y a la capacidad de la mente humana para buscar y encontrar posibilidades de aprovechamiento ilícito de los recursos públicos.

Hemos identificado algunas situaciones que podrían dar lugar a actuaciones encaminadas a obtener ingresos indebidos y junto a ellas vamos a sugerir las herramientas de control que pueda disuadir a los delincuentes de un aprovechamiento ilícito y, en caso de producirse, sugerimos también las consecuencias que podrían acarrear tales conductas.

Hemos objetivado los siguientes inconvenientes o vulnerabilidad que pudiera tener el sistema, que resumidamente reflejamos a continuación.

4.2.1. Estímulos para recomendar un exceso de cuidados médicos a fin de aumentar los ingresos

Es cierto que no hay nada nuevo bajo el sol, y que los seres humanos somos capaces de las mayores hazañas y también de los peores comportamientos.

La libre elección de los asegurados para decidir a qué centro asistencial acudir, público o privado en todo el territorio nacional, pudiera inducir a un uso abusivo de las prestaciones, bien sin ser inducido por nadie, por la falta de responsabilidad, o por el contrario, por ser inducido mediante recomendación para repetir consultas o pruebas objetivamente innecesarias, con la finalidad de aumentar fraudulentamente los ingresos del centro prescriptor.

4.2.2. Estímulos para recetar un exceso de medicamentos en connivencia con terceros

No se nos debe ocultar que esta posibilidad existe en el Sistema Nacional de Salud actual y que el modelo que proponemos tampoco puede estar exento del ataque de los delincuentes profesionales, los cuales están permanentemente estudiando todas las vías de enriquecimiento ilícito, 'por lo que propiamente no sería un inconveniente exclusivo asociado a la propuesta de cambio de financiación y provisión, si bien es un suceso que tiene mayor probabilidad, por la entrada en el sistema de nuevos prescriptores procedentes del sector privado por la concertación.

Entendemos que estos dos inconvenientes descritos resumen fielmente los inconvenientes a vigilar y controlar para evitar que se lleven a efecto, y para ello sugerimos aplicar las herramientas que a continuación describimos.

4.2.3. Herramientas de control sugeridas

1.- Estándares de frecuentación

Esta herramienta estadística es ampliamente utilizada para conocer cual es la media de frecuentación de una población dada, en todas y cada una de las posibles prestaciones sanitarias.

De hecho es una herramienta que utilizan las compañías de seguros médicos para establecer sus tarifas de precios, en función de la edad de los asegurados y de las probabilidades medias de uso y consumo de las prestaciones médicas con cobertura en las pólizas.

Por ello, sugerimos implementar un servicio estadístico de frecuentación de los asegurados a las distintas prestaciones, y de prescripción de los distintos centros concertados en relación con la población atendida, para objetivar a los asegurados situados por encima de la media de frecuentación, a partir de un margen que pueda considerarse “normal” por encima de la media; y sobre todo objetivar a aquellos centros prescriptores por encima de lo “normal”. Este dato es muy significativo puesto que las poblaciones tienden a reflejar una distribución normal, de forma que a cada centro lo normal es que acudan asegurados de todo tipo, es decir, que consuman servicios por debajo de la media, ajustados a la media y por encima de la media, y todos ellos se compensan en la “media” de la población.

Con esta información del comportamiento de cada centro asistencial podemos identificar a los posibles centros con prácticas no ajustadas a la “lex artis” que rige la profesión médica.

2.- Auditoría externa de centros concertados

Los centros concertados estarán obligados a presentar anualmente, además del Informe de Auditoría de las Cuentas Anuales, otro informe anual de Auditoría de Gestión, conforme a un protocolo diseñado desde la Administración Central, y uno de los datos a solicitar debe ser un informe de frecuentación que resulte de los datos del centro y la justificación correspondiente de las causas.

3.- Inspección médica

Desde la Administración Central debe organizarse un sistema de inspección médica sobre la gestión del centro concertado, con un plan de visitas a los centros que presenten desviaciones sobre los estándares de gestión sanitaria, para tratar de objetivar a los centros a corregir y reorientar el gasto (exceso de consultas, recetas de medicamentos, tipos de estancia media, indicación o no de ciertas intervenciones, pruebas diagnósticas caras, prestaciones terapéuticas, etc).

4.- Copago de los asegurados

Para evitar los abusos y la picaresca, el control y recaudación de los copagos por asistencia, en su caso, se realizará desde la Administración Central.

El hecho de que cada asegurado tenga un número de asistencias gratuitas, consideradas normales, y que una vez agotadas el asegurado tenga que recargar su tarjeta para ser atendido, puede ser también un estímulo para no aceptar muchas visitas o pruebas que pueden no ser necesarias y que al tener que pagarlas pueda decidir no acudir a la “recomendación”.

Por tanto, el copago, en los términos recomendados, es imprescindible implementarlo desde el inicio del modelo propuesto de financiación y provisión, al ser una herramienta coadyuvante del correcto uso de las prestaciones sanitarias.

5.- Régimen disciplinario

En el contrato de concierto debe incluirse el régimen disciplinario administrativo que regulará el incumplimiento de las obligaciones asistenciales, entre cuyas sanciones debe figurar como falta muy grave la deslealtad “por recomendar un exceso de cuidados médicos a fin de aumentar los ingresos”.

Además de todo ello, si ha lugar, deberá acudirse al régimen previsto en la normativa penal vigente, según casos y situaciones.

5. LA IMPLEMENTACION DEL MODELO PROPUESTO

5.1. Modificaciones legales necesarias

5.1.1 Principios del modelo propuesto

La Ley 44/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo Uno.1, dice:

“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.”

Por su parte, el artículo Dos, dispone:

“1. Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos 31, apartado 1 letras b) y c), y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula.

2. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía.”

Es evidente que el Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución goza de las facultades de establecer los principios y criterios sustantivos que permitan conferir al sistema sanitario las características generales y comunes que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado.

Es de resaltar, por otro lado, que la Ley 44/1986, General de Sanidad, ha sido modificada y retocada en parte de sus disposiciones originales. Así, han sido derogados los siguientes artículos:

- Artículo 10, puntos 5, 6, 8, 9 y 11
- Artículo 19, punto 1
- Artículo 21

CUARTA PARTE: PROPUESTA DE UN MODELO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

- Artículo 22
- Artículo 43
- Artículo 47
- Artículo 61
- Artículo 84, punto 1

No es exagerado advertir que, además de los artículos derogados de la ley, su propio articulado está desfasado en gran medida por la evolución social y política de los acontecimientos en España, razón por la que sería necesario, en cualquier caso, revisar su contenido para ajustarlo más a su contexto y finalidad.

De hecho, por medio del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se adoptaron medidas tendentes a garantizar el futuro del Sistema Nacional de Salud, modificando la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y otras disposiciones conexas o complementarias.

El proceso de transferencias de la asistencia sanitaria, entonces gestionada por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), se inició en 1981 y culminó en 1982, manteniendo la Administración Central del Estado la gestión de la sanidad en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Las Comunidades Autónomas ejercen sus competencias en las siguientes materias:

- Planificación sanitaria
- Salud Pública
- Asistencia sanitaria

Para ello, las Comunidades Autónomas asumieron las funciones y servicios, los bienes, derechos y obligaciones relativos a dichas competencias, el personal y los créditos presupuestarios adscritos.

Cada Comunidad Autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de su territorio, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

La coordinación sanitaria a nivel estatal está recogida en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad que, creó como órgano de coordinación el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

La Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, profundiza en mantener la coordinación y cooperación dentro del Sistema Nacional de Salud.

Por lo dicho, es necesario modificar la Ley 44/1986 y toda la legislación complementaria, para redactar un nuevo texto comprensivo de la mayor parte de la legislación sanitaria, refundiendo toda ella y, en lo substantivo, introducir los cambios necesarios referidos, entre otras, a las siguientes cuestiones:

Es necesario introducir que “los servicios sanitarios, así como los administrativos económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, eficiencia, competencia y libre elección de los asegurados en centros públicos y privados concertados”¹¹⁵

¹¹⁵ El actual artículo 7 de la Ley 44/1986, dice: “los servicios sanitarios, así como los administrativos económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad”

5.1.2. Competencias de las Administraciones Públicas

a) Del Estado

Además de las competencias específicas que actualmente prevé la Ley 44/1986 (Capítulo I del Título II), expresamente debe incluirse las referidas a las de provisión y financiación de las prestaciones sanitarias, mediante centros concertados públicos y privados.

b) De las Comunidades Autónomas

Todas las Comunidades Autónomas tienen aprobados sus Estatutos Autonómicos, con rango de Ley Orgánica, en los que se recogen las materias en los que sus competencias son exclusivas.

Respecto de las respectivas competencias en sanidad, la exclusividad se refiere a "sanidad y salud pública en lo relativo a la organización, funcionamiento interno, coordinación y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en la Comunidad Autónoma. Participación en la planificación y coordinación general de la sanidad. Promoción de la salud y de la investigación biométrica".¹¹⁶

Parece poco probable que exista necesidad alguna de modificar los respectivos estatutos autonómicos, aunque en algún caso pudiera ser necesario.

Sin embargo, es probable que sea necesario introducir alguna modificación en las respectivas leyes de Ordenación Sanitaria de las Comunidades Autónomas, dada las diferentes redacciones de cada una de ellas:

1. Ley 8/1997, de 26 de junio de Ordenación Sanitaria de Euskadi
2. Ley 15/1990, de 9 de julio de Ordenación Sanitaria de Cataluña
3. Ley 2/1998, de 15 de julio de Salud de Andalucía

¹¹⁶ Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, Texto Refundido del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura, artículo 9.24, que puede servir de ejemplo aproximado de la redacción de los demás Estatutos Autonómicos.

4. Ley 12/2001, de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
5. Ley 7/2003, de 9 de diciembre de Ordenación Sanitaria de Galicia.
6. Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud Pública de Extremadura.
7. Ley 3/2003, de 6 de febrero de la Generalitat de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Valencia.
8. Ley 8/2000, de 30 de noviembre de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.
9. Ley 8/2010, de 30 de agosto de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla León.
10. Ley 1/1992, de 2 de julio del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
11. Ley 7/2002, de 10 de diciembre de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
12. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salut de Aragón.
13. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.
14. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra.
15. Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja.
16. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias
17. Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears.

Respecto de todas las competencias sanitarias previstas en la Ley y transferidas, se deben modificar las que se refieren a:

- Establecer conciertos con medios privados
- La estructura del propio Sistema Sanitario Público
- La coordinación general sanitaria

5.1.3. La provisión y la financiación

- Supresión del modelo actual, previsto en el Capítulo V de la Ley 44/1986.
- Establecimiento del nuevo modelo de financiación de la provisión, que se efectuará desde la Administración del Estado, basado en pagar el precio de la producción por cada unidad de prestación sanitaria realizada

y, en su caso, por inversiones sanitarias y por educación y formación sanitaria.

- Establecimiento de un sistema de Créditos de Tesorería para planes de nuevas inversiones en instalaciones y equipos tecnológicos sanitarios, bajo ciertas condiciones.

- Establecimiento de la normativa específica de los Contratos de Concierdos a firmar entre la Administración del Estado y los titulares de los centros sanitarios públicos y privados.

5.1.4. Estatuto propio de los Centros Públicos

- Obligatoriedad de dotar de personalidad jurídica, como empresa pública de titularidad autonómica, a los distintos centros públicos, bien con carácter individual o por áreas o territorios, siempre que su gestión se ajuste a los requisitos de independencia en la actividad y financiación de su producción facturada, según demanda de los asegurados.

- Modificación del Estatuto-Marco del personal al servicio de los Centros Públicos, para adoptarlo al de una empresa pública, de titularidad autonómica, regulando el régimen transitorio que respete los derechos adquiridos por el personal activo en el momento del cambio de modelo.

5.1.5. De la docencia y la investigación

Modificar el Capítulo I, del Título VI de la Ley 44/1986 sobre la utilización de la estructura asistencial del sistema sanitario en la docencia pre-graduada, postgraduada y continuada de profesionales, con la finalidad de introducir en los centros concertados el nuevo modelo de financiación, desde la Administración del Estado, con planes y compromisos de educación, tanto públicos como privados.

EL DERECHO DE PROTECCION DE LA SALUD EN ESPAÑA: UNA PROPUESTA DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS

Cuadro 19

5.2. CUADRO DE TAREAS Y FASES IMPLANTACION MODELO PROPUESTO

FASES				
TAREAS	PREVIA (n)	PRIMERA (n+2)	SEGUNDA (n+4)	TERCERA (n+6)
1.-LEGISLATIVA	1.1. Nueva L.G.S. 1.2. Estatutos Centros Públicos	Entrada en Vigor 1.3. Transformación Centros Públicos	Red Preparada 100 %	100 %
2.-CONCERTACION CENTROS	2.1. Normativa de Conciertos	2.2. Firma Conciertos	Red Concertada 100 %	100 %
3.-FINANCIACION	3.1. Normativa para Inversiones	3.2. Firma Planes de Inversiones	Continuidad Planes de Inversión	100 %
4.-FORMACION EDUCACION	4.1. Normativa para Formación	4.2. Firma Planes de Formación	Continuidad Planes de Formación	100 %
5.-LIBRE ELECCION DE LOS ASEGURADOS	5.1. Normativa para Asegurados en Privada	5.2. Pruebas Diagnósticas 5.3. Terapéuticas 5.4. Otros Servicios 5.5. Hosp Reversible	5.6. Hospitales Independientes Concertados 5.7. AP y AE	100 %
6.-SISTEMAS CREDITOS SANITARIOS	6.1. Normativa Créditos Sanitarios	6.2. Firma Planes Créditos para Inversiones	-	100 %
7.-DISEÑO ORGANOS DE GESTION	7.1. Normativa	7.2. Aplicación	-	100 %
8.-DISEÑOS ORGANOS DE CONTROL	8.1. Normativa	8.2. Aplicación	-	100 %
9.-AUDITORIA EXTERNA	9.1. Planes de Auditoría y Revisión Actos	9.2. Aplicación	-	100 %
10.- ESTATUTO DEL PERSONAL	10.1. Planes Transitorios y Definitivos	10.2. Aplicación	-	100 %

Fuente: Elaboración Propia. José Jerez Iglesias

5.3. Convocatoria y Requisitos a cumplir

Convocatoria

El Órgano que corresponda deberá tener abierta de forma permanente la convocatoria para solicitar el Concierto correspondiente.

Los centros sanitarios, tanto públicos como privados, que estén interesados en ser concertados, deberán cumplimentar el conjunto de requisitos que se describan en el Modelo de Solicitud de Concierto, que diseñará el órgano contratante.

Requisitos

Entre los requisitos que deberán incluirse en el modelo de Solicitud de Concierto de concesión de servicios deberán estar los previstos en la legislación reguladora y además, entre otros, los siguientes:

- 1.- Tipo de Personalidad jurídica. (Persona natural o jurídica)
- 2.- Objeto social.
- 3.- Actividades desarrolladas.
- 4.- Datos de la actividad durante los últimos tres años por área de prestación.
- 5.- Descripción detallada de los recursos humanos disponibles en la actualidad.
- 6.- Descripción detallada de los recursos materiales disponibles en la actualidad, acreditando que se ajustan a los requisitos de la convocatoria.
- 7.- Cuentas Anuales de los dos ejercicios anuales cerrados con anterioridad a la fecha de la solicitud, acompañadas con Informe de Auditoría de Cuentas, en su caso.
- 8.- Líneas de actividad de prestaciones sanitarias para las que solicita el Concierto.
- 9.- Organigrama funcional de la empresa, comprensivo del Órgano de Administración, direcciones de áreas y direcciones de centros, incluyendo un breve currículum vitae de cada uno de los titulares del organigrama.

10.- Organigrama funcional comprensivo de los centros a concertar y sus respectivas áreas de dirección y gestión, incluyendo un breve currículum vitae de cada uno de los titulares del organigrama

11.- Declaración expresa afirmando que ni la empresa, ni ninguno de sus socios, administradores, directivos, personal sanitario y personal de administración y servicios, se encuentra inmerso en las prohibiciones de contratación previstas en el artículo 71 de la Ley 9/2017 de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

12.- Copias compulsadas de todas las licencias preceptivas para la apertura del Centro y el ejercicio de las respectivas actividades.

13.- Certificados emitidos por las compañías aseguradoras para cada uno de los seguros contratados, indicando el riesgo cubierto, su alcance, vencimiento y exenciones.

14.- Certificado del Órgano de Administración sobre el acuerdo adoptado por tal órgano aprobando solicitar el Concierto de Provisión de los Servicios Sanitarios, cumplimentar los requisitos necesarios y facultando a quien deba suscribirlos.

5.4. Due Diligence y Check-List

5.4.1. Due Diligence

Esta expresión inglesa puede traducirse como “diligencias debidas”.

Su aplicación más común implica la investigación de una empresa previa a la firma de un contrato con cierta diligencia de cuidado.

La teoría de la “due diligence” mantiene que llevar a cabo este tipo de investigación contribuye significativamente a una toma de decisiones informada al optimizar la cantidad y calidad de información disponible de quienes toman estas decisiones y al asegurar que esta información sea usada sistemáticamente para deliberar de una manera reflexiva la decisión que se va a adoptar.

Normalmente la “due diligence”, la realizan empresas de asesoramiento legal y económico, como auditores de cuentas, consultores de organización, etc.

En el contexto de nuestra propuesta de Concertación de Centros Públicos y Privados, sugerimos que antes de la firma del Contrato de Concierto, se aporte un “Informe de Due Diligence”, suscrito por profesional competente, en el que exprese su opinión sobre la veracidad de los requisitos a cumplir, que fueran aportados en la solicitud de concierto.

Es conveniente que el Informe de “Due Diligence” se ajuste a un protocolo normalizado, aprobado por el órgano contratante.

5.4.2. Check-List

Las “Listas de control” o “Listas de chequeo” son formatos creados para realizar tareas repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos.

Con esta finalidad, sugerimos que en cada expediente de contrato de concierto se incluya unas listas de control donde se debe dejar constancia de la verificación realizada sobre los requisitos exigidos y aportados para dar conformidad a la firma del Contrato de Concierto.

5.5. Obligaciones a cumplir para mantener el Concierto

Las obligaciones a cumplir para mantener el concierto, entre otras, serán las siguientes:

- 1.- Elaborar el Plan Anual de Inversiones, según se acuerde en el concierto firmado
- 2.- Elaborar el Plan Anual de Educación y Formación, según se acuerde en el concierto firmado
- 3.- Comunicación de Hechos Relevantes
- 4.- Inspecciones médicas
- 5.- Mantener recursos materiales y humanos que figuren en el Concierto

6.- Llevar contabilidad adaptada al Plan General de Contabilidad, según Real Decreto 1514/2007, de 16 de noviembre, y normas complementarias

7.- Elaborar un Informe Anual de Actividad, según formulario que se anexará al Contrato de Concierto

8.- Informe de Auditoría Externa de las Cuentas Anuales de cada ejercicio, en los términos de la Ley de Auditoría de Cuentas (Ley 22/2015, de 20 de julio, Texto Consolidado), en su caso, si la entidad está obligada por citada ley, o por el contrato de concierto.

9.- Informe de Revisión del Informe Anual de Actividad, suscrito por un Auditor de Cuentas

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

CAPITULO VII. CONCLUSIONES

El primer objetivo de la investigación que hemos realizado ha sido estudiar las causas que inciden en la falta de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y analizar las posibles opciones de reforma que mejor garanticen la necesidad de hacerlo sostenible.

El segundo objetivo de la investigación realizada ha sido compatibilizar la reforma necesaria para hacer sostenible el sistema con el cumplimiento de los mandatos constitucionales del artículo 14 CE, que garantiza la igualdad de todos los españoles, y los del artículo 31.2 CE, que exige asignar equitativamente los recursos públicos con criterios de eficiencia y economía.

La investigación concluye con una propuesta de un modelo de financiación y provisión de las prestaciones del derecho de protección de la salud basado en los principios de eficacia, eficiencia, competencia y libre elección de los asegurados, en el que se financiaría la provisión de las prestaciones sanitarias realizadas en una red de centros públicos y privados previamente concertados.

Con esta finalidad hemos dividido el trabajo de investigación en cuatro partes claramente diferenciadas.

En la primera parte hemos estudiado el derecho a la protección de la salud, su naturaleza jurídica, contenidos, su situación general y las causas de su falta de sostenibilidad.

La conclusión principal de esta primera parte es que los preceptos del Capítulo Tercero del Título I de la Constitución Española de 1978, artículos 39 a 52, no son proclamadores de derechos sociales garantizados constitucionalmente, sino que están catalogados como principios rectores de la política social y económica.

Por tanto, la expresión del artículo 43.1. CE que afirma que “se reconoce el derecho a la protección de la salud”, es una expresión impropia y que ha sido englobada en los denominados “derechos aparentes”¹¹⁷.

Para Pinto Palacios, F “la doctrina dominante considera que estos preceptos no reconocen auténticos derechos fundamentales” aunque reconoce que “a pesar de la

¹¹⁷ JIMENEZ, J Citado por Alzaga, O y otros en “Derecho Político Español”, Tomo II, Ed. R Areces 1998, p. 200

CONCLUSIONES

eficacia limitada de estos derechos, no se puede marginar su importancia e identificarlos sin más con los llamados derechos sociales y culturales.”¹¹⁸

Por su parte, Marcos del Cano, A.M, por el contrario, dice que “consideramos el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental con la misma protección de éstos, por su intrínseca e indisoluble unidad al derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, además de que es un requisito previo para poder disfrutar del resto de los derechos”¹¹⁹, expuesto en un contexto ético-jurídico, consideración que compartimos, como derecho natural primigenio, aunque desde un punto de vista de derecho constitucional español, debemos reconocer que la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud es la de principios reconocidos que “solo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que lo desarrollen”.¹²⁰

El Sistema Nacional de Salud es referente internacional ente todos los países desarrollados por su universalidad, nivel de acceso y calidad asistencial. Sin embargo, en momentos de crisis económica, como ha ocurrido a partir de 2008, el sistema ha planteado serios avisos que afectan a su viabilidad económica futura, lo que ha obligado a la Administración del Estado (central y autonómica) a adoptar ciertas medidas de racionalización porque el sistema se encontraba en “una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación”.¹²¹

La principal medida adoptada fue la publicación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas Urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, implementando medidas que tratan de corregir ciertas ineficiencias, que afectan a la condición de asegurado, a las prestaciones del catálogo nacional, y al copago farmacéutico, con la creación de nuevos tramos en atención a la renta percibida, cuya estructura ha sido considerada como no equitativa.

¹¹⁸ PINTO, F., “Consideraciones éticas y jurídicas acerca de la exclusión de la población inmigrante del derecho a la protección de la salud, *Dilemata*, 2015, número 19, p. 118

¹¹⁹ MARCOS DEL CANO, A.M., “El Derecho a la Salud desde el punto de vista ético-jurídico”, *Ius Et Scientia*, 2016, Vol. 2, p. 25

¹²⁰ Artículo 53.3. Constitución Española 1978

¹²¹ REAL DECRETO-LEY 16/2012, Exposición de Motivos I

“No ha mejorado la calidad y seguridad de la salud de forma equitativa e igualitaria, y ha aumentado las inequidades en el sistema público y las desigualdades entre autonomías. El copago, pese a no ser lo más adecuado, ha garantizado prestación a los más desfavorecidos.”¹²²

Hemos identificado los factores que, en nuestra opinión, inciden en la falta de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, destacando la demanda abusiva de muchas prestaciones; el aumento de la esperanza de vida, que se traduce en una demanda añadida de servicios sanitarios de elevado coste (cronicidad, neurología, oncología, traumatología, etc), “la longevidad no es un problema estrictamente, ya que mejora la esperanza de vida. Sin embargo, tiene implicaciones sobre el Derecho a la Salud, así el aumento de las enfermedades crónicas es una consecuencia de este progreso, pero conlleva un mayor gasto sanitario y asistencial”¹²³.

El avance tecnológico en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales, que genera una demanda de recursos humanos muy profesionalizados, recursos físicos de inmuebles e instalaciones complementarias, que se traduce en una ingente demanda de recursos financieros para su adquisición y mantenimiento. Posiblemente este factor, en términos de sostenibilidad es el más importante y “plantea el dilema de caer en la obsolescencia de los equipamientos actuales y no renovarlos, o por el contrario, buscar y encontrar soluciones adecuadas.”¹²⁴

En nuestra opinión, otro factor de la no sostenibilidad del SNS es el hecho de haber transferido a las Comunidades Autónomas las competencias de las prestaciones sanitarias, lo que ha supuesto mantener una pluralidad de sistemas sanitarios, derrochándose las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo y posibilidades del Estado, además del alto nivel de politización en puestos directivos de gestión, lo que no permite aprovechar las sinergias de un sistema único.

Es de resaltar la gestión rígida y en gran medida burocratizada de los centros públicos, alejados de una gestión por resultados, con altos costes por unidad de prestación y

¹²² POLO, J. vicepresidente de SEMERGEN, “Diario Médico”, 17-23 abril 2017, p. 2-3

¹²³ MARCOS DEL CANO, A.M. y MENDEZ MARTIN, J., “El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la crisis”, *Revista de Derecho UNED*, número 19, 2016, p. 179

¹²⁴ Semanario “Diario Médico”, 13-19 de febrero 2017, p. 17

CONCLUSIONES

cultura presupuestaria funcionarial en la que se financian los costes de funcionamiento sean estos los que sean, con personal desincentivado y ajenos a la competencia de la gestión.

Otro factor que incide es el poco peso que tiene todavía la gestión privada en la provisión de las prestaciones de sanidad. “Existe cierta confusión en saber si la sanidad es un bien público o un bien privado, y ello al margen de que se garantice su financiación en cualquier caso” ¹²⁵. Hemos concluido que la sanidad es un bien privado, financiado públicamente.

En la segunda parte hemos estudiado los distintos modelos de provisión de las prestaciones sanitarias en España y en Europa.

Hemos investigado, especialmente, el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en España, objetivando lo que denominamos ineficiencias y hemos identificado también las razones existentes para plantear una reforma profunda del sistema de financiación y provisión existente.

Entre las ineficiencias observadas del SNS destacamos la lista de espera para ser atendidos, especialmente el tiempo medio para ser operado que es de 115 días a 31 de diciembre de 2016 ¹²⁶, destacando con mayor tiempo de espera Canarias con 182 días, Cataluña con 173 días, Castilla La Mancha, con 162 días y Extremadura con 134 días.

La desigual atención a los asegurados fuera de su autonomía, y el desigual contenido de la cartera de servicios, marca una de las mayores ineficiencias del SNS, por lo que supone de infracción constitucional por la desigualdad entre españoles ¹²⁷, y el fracaso del SNS y su Fondo de Garantía Asistencial.

No hay que olvidar la distorsión que produce en la financiación autonómica, la financiación de las prestaciones sanitarias. El modelo de financiación actual de las Comunidades Autónomas es motivo de insatisfacción para todos. Nadie está conforme con la fórmula de asignación de recursos financieros desde el Estado a las autonomías. La partida dedicada a la sanidad representa, según comunidades, entre un 35% y un 40%.

¹²⁵ BAREA, J., “Diario Médico”, 16-04-01, p. 12

¹²⁶ Sistema de Información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud – SISLE – SNS

¹²⁷ Artículo 14 CE

Hay que recordar que el gasto sanitario público representa en España el 5,5% del Producto Interior Bruto (PIB) con datos de 2014, en tanto que en Extremadura representa el porcentaje del 9,4 %, en Murcia del 7,7 % y Asturias del 7,3 %. En valores absolutos, el 44,4 % del gasto sanitario público del sector es originado por tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Madrid, con 9.205, 8.737 y 7.423 millones de euros, respectivamente. La Rioja, Cantabria y Navarra son las Comunidades que generaron el gasto más bajo. En relación a su población, las Comunidades con más gasto sanitario público son País Vasco con 1.582 euros/habitante, Extremadura con 1.448 euros/habitante y Navarra con 1.435 euros/habitante.¹²⁸

Por otra parte observamos que el sistema de asistencia sanitaria de MUFACE (Funcionarios civiles del Estado), MUGEJU (Miembros de la judicatura) e ISFAS (Miembros de las fuerzas armadas), es un sistema que atiende aproximadamente a dos millones de funcionarios y es elegido por el 80%, mientras que el 20% opta por la atención pública. En cualquier caso, parece que este sistema es bueno para los funcionarios y el Estado, por el ahorro que consigue estimado en algo más del cincuenta por ciento respecto de la sanidad pública.

Este modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, en las que el funcionario asegurado puede elegir libremente la asistencia, es el ejemplo que sirve de fundamento para hacer una propuesta de reforma del SNS.

¿Cuáles son las razones, la necesidad, para recomendar un nuevo modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias?

En nuestra opinión, la primera conclusión de la investigación de esta parte es que la financiación del derecho a la protección de la salud está indisolublemente unida al crecimiento anual del Producto Interior Bruto (PIB), y tiene los mismos límites que soportan todas las partidas que integran los Presupuestos del Estado. El gasto sanitario, solo puede crecer el mismo porcentaje que lo haga el producto interior bruto, este es su límite, y por ello esta es una razón suficiente para buscar una reforma del sistema donde se administre de forma eficiente la financiación y de forma eficaz la provisión, dentro de los límites posibles donde se mueve el PIB del Estado.

¹²⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016, p. 266.

CONCLUSIONES

La segunda conclusión es que el “hecho de que la financiación sea pública no supone que la gestión haya de ser también necesariamente pública” ¹²⁹, y junto al poco peso que tiene la medicina privada en las prestaciones sanitarias, son razones suficientes para reformar el SNS reorientando la oferta a centros públicos y privados.

La tercera conclusión, es que el Estado tiene el deber de financiar la producción de las prestaciones sanitarias teniendo en cuenta los criterios de eficiencia y economía del gasto público que impone el artículo 31.2. CE:

“Artículo 31.2.

1.- ...

2.- El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía.

3.- ...”

Dado que en la actualidad no se financian las prestaciones sanitarias, sino el coste, sea el que sea, de los centros sanitarios públicos, se requiere reformar el sistema para pasar a financiar la producción de las prestaciones sanitarias, en lugar del coste presupuestario.

La necesidad de alcanzar la eficacia y la eficiencia para hacer sostenible el sistema, es la cuarta conclusión, y esto avala otra razón para la reforma del SNS. Para ello hay que ampliar el número de centros sanitarios, públicos y privados, que garanticen la cantidad de producción demandada en calidad y tiempo. Conseguir la eficiencia tiene una dimensión ética, porque “la peor de las éticas es la del despilfarro, no siendo eficientes”. ¹³⁰

La quinta conclusión es que para que sea posible alcanzar la efectividad, con eficacia y la eficiencia, es imprescindible dotar a los asegurados de la facultad de libre elección del centro sanitario, público o privado, porque ellos acudirán donde mejor se consideren atendidos en cantidad, calidad y tiempo, induciendo la mejora de la calidad asistencial, por la necesidad de los centros sanitarios en ser competentes en la gestión para garantizar su supervivencia. Esta es otra razón de peso para justificar las razones de la necesidad de la reforma del SNS.

¹²⁹ BAREA, J., “Diario Médico”, 16-04-01, p. 12

¹³⁰ LOPEZ-CASASNOVAS, G., “Diario Médico”, 20-11-2016, p. 3

La sexta conclusión es que parece evidente que el actual modelo de SNS, con la gestión de las prestaciones sanitarias transferidas a las Comunidades Autónomas, está fracasado, superado por sus ineficiencias y ciertas deslealtades autonómicas, lo que lo hacen insostenible. El modelo está agotado y necesita ser reformado, resolviendo los problemas actuales de falta de eficacia y eficiencia.

La séptima conclusión es que para realizar la reforma del SNS es necesario materializar un gran PACTO DE ESTADO POR LA SANIDAD, que salvaguarde del debate político, sea el que sea el partido que gobierne, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Es necesario que para conseguir este pacto que haga sostenible el Sistema Nacional de Salud, los análisis se hagan sin prejuicios ideológicos, sin demagogia, con responsabilidad y pensando en el bien común. Es una cuestión de política, pero también de economía, sentido común y libertades. No se pueden garantizar políticamente derechos de contenido fundamental que requiere financiación pública, sin contar con la economía, es decir, sin saber si el Estado puede sostenerlo, sin poner en riesgo el conjunto del llamado Estado de Bienestar, lo que se producirá con un exceso de endeudamiento, que obliga a aumentar la carga impositiva, lo que a su vez tiene un efecto directo en el crecimiento económico porque incide como factor negativo en la actividad económica.

En la tercera parte hemos identificado las razones que justifican la necesidad de una reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) y los modelos de provisión de las prestaciones sanitarias de los países más representativos de la Comunidad Europea.

La principal conclusión de esta parte es que la mejor forma de resolver las causas de la falta de sostenibilidad actual del Sistema Nacional de Salud en España y sus ineficiencias más significativas, es la reforma del sistema de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias.

El contenido de la cuarta parte lo hemos dedicado a formular una propuesta de reforma del Sistema Nacional de Salud, con un modelo alternativo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, basado en los principios de competencia, eficacia, eficiencia y libre elección de los asegurados.

El modelo propuesto se caracteriza por separar la financiación del Derecho de la Protección a la Salud, de la provisión de las prestaciones sanitarias de tal derecho.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de la financiación es necesario revertir esta competencia desde las Comunidades Autónomas, avocándola a la Administración General del Estado para incluirla como partida de los Presupuestos del Estado, que sería gestionada dentro del Sistema Nacional de Salud que se propone.

Desde el Sistema Nacional de Salud se financiaría la provisión de las prestaciones sanitarias, mediante un sistema de financiación de la producción de las prestaciones sanitarias realizadas en una red de centros públicos y privados, previamente concertados.

El precio a pagar por la provisión de las prestaciones sanitarias será fijado dentro de un Baremo de Precios a financiar, que será revisado y actualizado para cada anualidad con los criterios técnicos, profesionales y económicos que correspondan.

Cada centro concertado, público o privado, realizará un presupuesto anual de actividad con la estimación de sus Ingresos, Gastos y Resultados, debiendo tener autonomía absoluta de gestión, respondiendo de la misma ante sus titulares, que en el caso de los centros públicos serán por lo general las Comunidades Autónomas.

El resultado anual de cada centro público (positivo o negativo) corresponde al titular del mismo, quien deberá determinar en su normativa propia el destino del mismo.

Simultáneamente formalizarán sus planes anuales de inversiones de inmuebles, instalaciones, equipos, mobiliario, etc, con un horizonte temporal de cinco años.

Cada centro, público o privado, deberá ser concertado, mediante la firma de un Contrato de Concierto de Provisión, que incluirá los Planes de Inversiones y de Educación y Formación.

Los Planes de Inversiones, una vez aprobados por el Sistema Nacional de Salud, serán financiados parcialmente por un Crédito de Tesorería, en las condiciones financieras y de garantías necesarias, así como en consideración al nivel de endeudamiento sobre PIB del titular público superior del centro. La amortización de estos créditos se realizará reteniendo y abonando en la cuenta del crédito, la cuota por inversiones que se asocie a la prestación sanitaria. En el caso de los centros privados, no se contempla el sistema de créditos por inversiones, y por ello no se le retendrá la cuota de inversiones.

El montante de Crédito de Tesorería deberá ser asignado en función de criterios objetivos de actividad prevista con las inversiones según cada centro, y en función del Plan de Inversiones anual aprobado.

Con este sistema de financiación se pretende combatir la obsolescencia tecnológica de las instalaciones y equipos de los centros para ganar en eficiencia.

Los Planes de Educación y Formación, se actualizarán anualmente y deben incluir las prácticas de pregrado de la rama sanitaria cuyos planes de estudio así lo determinan, y la formación de los distintos tipos de especialidades que deban superar una estancia como residente en un centro sanitario, Mir (Médico interno residente), Eir (Enfermero interno residente), Pir (Psicólogo), Fir (Farmacia), Bir (Biología), etc.

La dotación económica debe tener la condición de finalista a cuyo fin cada Centro Concertado, solo podrá disponer de estos fondos para el cumplimiento de la actividad educativa y de formación, por ejemplo, para la retribución de Tutores, dotación de aulas, seminarios, conferencias, congresos, material de prácticas, audiovisuales, etc.

La conclusión fundamental de esta parte, es que con la reforma propuesta, si se consigue implantar, se obtendrían importantes ventajas. En primer lugar, destacar que se garantiza la igualdad de los españoles (artículo 14 CE) y se asigna equitativamente los recursos públicos (artículo 31.2. CE).

También garantiza la sostenibilidad del SNS y mejora la financiación y gestión general de las autonomías.

Puede facilitar la integración de las mutualidades MUFACE, MUGEJU e ISFAS, con la simplificación que aportarían.

Desaparecen las listas de espera, y facilita abordar mejor la obsolescencia tecnológica sanitaria, con el propuesto Banco de Crédito Sanitario. Proponemos también la creación en cada Comunidad Autónoma de una Fundación Asistencial Sanitaria, con el objeto de financiar todo el gasto sanitario en que se pueda incurrir por la atención que reciban los colectivos excluidos (los sin papeles), lo que permitirá atenderlos, controlarlos y conocer el coste de esa atención.

Finalmente, aumenta la responsabilidad y satisfacción de los asegurados, aumenta la calidad asistencial y facilita la introducción del copago.

La investigación que hemos realizado deja importantes cuestiones pendiente de respuesta que constituyen extensiones naturales de esta investigación. Una primera sería realizar un estudio económico-financiero para determinar la eficiencia que se obtendría con el modelo actual y la reforma propuesta, para una estimación de

CONCLUSIONES

producción determinada y con las magnitudes económicas y financieras respectiva. Otra posible línea de investigación sería determinar la estructura jurídica, administrativa y financiera del propuesto banco de crédito sanitario, determinando las líneas de actividad y parámetros de gestión.

Es evidente que se abren otras líneas de investigación en cada uno de los capítulos en que hemos dividido la propuesta del modelo que realizamos. “Somos eslabones de una cadena y por eso no debemos pretender abarcar todo en nuestro trabajo, debemos dejar temas para futuras investigaciones y reflexiones”.¹³¹

¹³¹ FERNANDEZ DE BUJAN, F., Conferencia del Acto de Inauguración del Programa de Doctorado en Derecho y Ciencias Sociales 2017-2018, Madrid, 22-11-17.

Bibliografía

Autores

- ABRIL, F. Informe Congreso de Diputados, 19-02-1990.
- ALBI, E, GONZALEZ, J.M. y ZUBIRI, I. Economía Pública I. Fundamentos, Presupuestos y Gasto. Ariel Economía, Tomo I, 2005
- ARNES, H. director de Farmaindustria. Diario Médico 17-23 abril 2017, pág 2-3
- BAREA, J, Diario Médico 16-04-01, p.12y 10-12-01 , p.8
- BAREA, J, "Papeles de Economía Española", nº 69, 1996, pp. 52, 54, 55, 56, 57 y 58
- BAREA, J y GOMEZ, A. "El problema de la eficacia del sector público en España", Instituto de Estudios Económicos, Madrid, 1994.
- BETANCOR, A. "Las nuevas formas organizativas en el ámbito de la gestión sanitaria", Ministerio de Sanidad de España, Madrid, 2002, p. 117.
- BIEITO, R. "El Astrolabio", Diario Abc, 16-06-18, p. 2
- BJÖRNBERG, A., "EHCI-2017-Report Health Consumer Powerhouse", emitido 29-01-18, p. 9 y 15.
- BOTEJARA, A, Portavoz Sanidad de Podemos, Diario Médico, 04-10 diciembre 2017, p. 6.
- CARBALLO, F., presidente de Facme, Diario Médico, 17-23 abril 2017, pp. 2-3
- CASTAÑO, A., Responsable de Sanidad de Podemos, Diario Médico, 17-23 abril 2017, pp. 2-3
- CASTILLO, T., Plataforma de Organización de Pacientes, Diario Médico, 17-23 abril 2017, pp. 2-3, y 4-10 junio 2018, p.25.
- DRUCKER, P., "La Gerencia. Tareas, responsabilidades y prácticas", 4ª ed, 1981,Ed. Ateneo, Buenos Aires, pp. 22-24
- FERNANDEZ, J.M., Portavoz Sanidad de Psoe, Diario Médico, 17-23 abril 2017, pp. 2-3.
- FERNANDEZ, M., vicepresidente de Semfyc, Diario Médico, 17-23 abril 2017, pp 2-3
- FERNANDEZ DE BUJAN, F., Conferencia del Acto de Inauguración del Programa de Doctorado en Derecho y Ciencias Sociales 2017/2018, Madrid, 22-11-17.
- FERNANDEZ, A., presidente de Semg, Diario Médico, 17-23 abril 2017, pp. 2-3
- GALLETE, A., presidente Seram, Diario Médico, 11-06-17, p. 10.
- IGEA, F., Portavoz Sanidad de Ciudadanos, Diario Médico, 17-23 abril 2017, pp. 2-3.

BIBLIOGRAFIA

- JELLINEK, G., citado por ALZAGA, O, y otros en Derecho Político español, Tomo II, Ed. Areces, pp. 37-42
- JIMENEZ, J., citado por ALZAGA, O, y otros en Derecho Político español, Tomo II, Ed. Areces, p.200
- JIMENEZ, S Y VIOLA, A., Estudios sobre la Economía española, FEDEA, 2016, p. 8
- LOPEZ-CASASNOVAS, G., Diario Médico, 20-11-16, p. 3
- MANZANARES, L., Diario Médico, 11-06-17, p. 10
- MARCOS DEL CANO, A.M., “El derecho a la salud desde el punto de vista ético-jurídico”, *Ius Et Scientia*, 2016, Vol. 2, pp. 18, 20, y 25.
- MARCOS DEL CANO, A.M., “El derecho a una asistencia sanitaria para todos: Una visión integral”, Dykinson, Madrid 2017, p. 55 y 57
- MARCOS DEL CANO, A.M., y MENDEZ, J., “El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la crisis”. *Revista de Derecho UNED*, número 19, 2016, pp. 79, 126, 158, 166, 169, 170 y 179.
- MARTIN, A., Diario Médico, 17-23 abril 2017, p. 7
- MIRALLES, F., secretario general de Cesm, Diario Médico, 17-23 abril 2017, pp. 2-3.
- MORENO, F.J., citado por MARCOS DEL CANO, A.M., y MENDEZ, J, “El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la crisis”, *Revista de Derecho UNED*, número 19, 2016, pp. 79, 126, 158, 166, 169, 170 y 179.
- PINTO, F., “Consideraciones éticas y jurídicas acerca de la exclusión de la población inmigrante del Derecho a la Protección de la Salud”, *Dilemata*, 2015, Número 19, p. 118
- POLO, J., vicepresidente de Semergen, Diario Médico, 17-23 abril 2017, pp. 2-3
- RAMIRO, M.A., “Derecho a la protección de la salud y los Derechos de los pacientes”, www.tiempodelosderechos.es, consultada 23-11-17
- SCHEFFER, R., profesor Berkeley, ABC Salud, 16-09-17, P. 8
- SEGURA, B., Informe SESPAS 2014-Gaceta sanitaria, Junio 2014 pp. 7-11
- STIGLITZ, J.F., Análisis Económico de la Sanidad. Generalitat de Catalunya, citado por BAREA, J, “Papeles de Economía Española”, número 69, 1996, p. 56
- URBANOS GARRIDO, Y LOPEZ-VALCARCEL., *Revista Emergencias*, 2015 p. 197-203
- VAQUER, M., Las nuevas formas organizativas en el ámbito de la gestión sanitaria, Ministerio de Sanidad de España, Madrid, 2015, p. 154.
- VAZQUEZ, J. *Revista Previsión Sanitaria Nacional, PSN*, Febrero 2018, p. 45
- WOLF, C., *Mercados o Gobiernos*, IEF, 1995, citado por BAREA, J, “Papeles de Economía Española”, número 69, 1996, p. 56.

Legislación

- Constitución española de 1978.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU, 1948, artículo 25.1.
- Directiva 2004/38/CE
- Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, Texto Refundido del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Ley 44/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente.
- Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 40/2015, de 1 de octubre, Régimen Jurídico del Sector Público
- Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU, 1966, artículo 12.1.
- Real Decreto Ley 16/2012. Exposición de motivos I.

Organismos y Prensa

- CC.OO, Presupuestos sanitarios 2016, Federación de Sanidad y Sectores Socio-sanitarios, pp. 132 y ss.
- CSI-F, Informe de Situación sobre Muface, Madrid, 20-01-17.
- Diario ABC, 27-06-18, p. 42
- Diario El Mundo, Muface y las aseguradoras, 28-12-17, p. 12
- Diario Médico, 16 abril 2001, p.3, 13-19 Febrero 2017, p.17, 17-23 abril 2017, p.23, 11 junio 2017, p.5 y 10 diciembre 2017, p.12.
- Eurostat, Población UE 2013.
- Health Consumer Powerhouse:
 - a) Euro Health Consumer Index 2017 Report (EHCI-2017-Report)
 - b) Euro Health Consumer Index 2017 Cuadro (EHCI-2017-index-A3-Sheet)
 - c) Euro Health Consumer Index 2017 Prensa (EHCI-2017-press-release)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación:

BIBLIOGRAFIA

- a) Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2016, pp.238,261, 266, 269.
- b) Sistema de Información de Listas de Espera (Sisle), 31-12-16.
- c) Sistemas sanitarios en los países de la UE, características e indicadores de salud, 2013.
- d) Informe de fiscalización SS.SS., 29-03-12, p. 79
- OCDE, Informe 2017, datos 2016, www.oecdbetterliveindex.org, consultada 23-12-17
- OMS, Centro de prensa, nota descriptiva número 323, diciembre 2015.
- RAE, Diccionario de la Lengua Española, 21ª edición, 1992, Espasa Calpe, Madrid.
- SERAM, Semanario Diario Médico, 13-19 de febrero 2017, p. 17.
- Tribunal de Cuentas, Informe Fiscalización Sanidad 2011, p. 79

Páginas webs consultadas

- www.datosmacro.com, consultada 01-02-18
- www.eldiario.es, 28-03-17, página consultada 02-01-18
- www.elprescriptor.com, consultada 28-12-17
- www.europa.eu, consultada 23-12-17
- www.healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017, consultada 23-12-17
- www.ine.es, consultada 23-12-17
- www.msssi.gob.es, consultada 28-12-17
- www.oecdbetterlifeindex.org, consultada 23-12-17
- www.redaccionmedica.com, consultada 28-12-17 y 23-01-18
- www.tiempodelosderechos.es, consultada 28-12-17

Jurisprudencia

- SSTC: 19/1982 de 5 de mayo
15/1989, de 26 de febrero
14/1992 de 10 de febrero
139/2016 de 21 de julio