

Sanidad 2020, un futuro incierto

Juan Manuel Cabasés Hita es doctor en Ciencias Económicas por la Universidad del País Vasco y catedrático de Economía Aplicada en la Universidad Pública de Navarra. Ha sido vicerrector de Planificación y Prospectiva de esa Universidad, miembro de la Junta Directiva de la *European Public Health Association*, presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y de la Asociación de Economía de la Salud, director general del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y de Información Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Dirige el Grupo de Investigación en Economía de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

José M.ª Martín Moreno es doctor en Medicina por la Universidad de Granada y doctor en Salud Pública por la Universidad de Harvard (EE. UU.). Ha dirigido sucesivamente el Centro Nacional de Epidemiología, la Escuela Nacional de Sanidad, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo en España y, más recientemente, el Centro de Gestión de Programas de la OMS en la Región Europea. Actualmente es coordinador de la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario y catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia.

Gabriel Uguet Adrover es licenciado en Administración y Dirección de Empresas y MBA por ESADE (Barcelona) y MBA por Thunderbird (Arizona, EE. UU.). Ha desempeñado los cargos de director general de la Red Asistencial Juaneda (2005-2012), gerente del Hospital de Cruz Roja de Palma de Mallorca (1998-2005) y gerente de Unión Balear de Entidades Sanitarias (2002-2005). Desde 2011 es presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas y miembro del Comité Ejecutivo de la Unión Europea de Hospitales Privados. En la actualidad es empresario y asesor de diferentes entidades del sector sanitario.

Sanidad 2020, un futuro incierto, quinto volumen editado por el Círculo de Sanidad, pretende analizar y delimitar, desde puntos de vista diferentes, cuál será la trayectoria y evolución del Sistema Nacional de Salud en los próximos años.

En un momento en el que el debate se diluye entre la conveniencia de optar por un modelo público o por un modelo privado, este nuevo volumen del Libro Azul va más allá, en cuanto a la perspectiva temporal y territorial, y aporta un planteamiento racional que analiza la situación y las características que pueden influir en la evolución del sistema sanitario español hasta 2020.

Para conseguir este enfoque multidisciplinar, el Círculo ha contado con tres colaboradores de excepción, expertos del ámbito sanitario, que han realizado un análisis exhaustivo desde una triple perspectiva: Juan Manuel Cabasés Hita expone su visión de cuál será la trayectoria de la sanidad española en la perspectiva de 2020; Gabriel Uguet Adrover valora en detalle las ventajas que aporta la actividad privada en el mundo de la sanidad; y cierra este documento de indudable valor José María Martín Moreno, que aborda los problemas que se plantean a nivel europeo en la sanidad.

Como complemento excepcional, abren el libro dos comentarios críticos elaborados por buenos conocedores de la realidad sanitaria española, ambos antiguos ministros de Sanidad, José Manuel Romay Beccaría y Julián García Vargas, que contribuyen con su criterio objetivo y profundo conocimiento de la materia aportando una opinión crítica de los tres trabajos.

Sanidad 2020, un futuro incierto cumple uno de los principales objetivos del Círculo, el de promover rigurosos estudios sobre hacia dónde debe ir la función de la empresa privada para contribuir a la mejora de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Sanidad 2020, un futuro incierto

Círculo de la Sanidad

El Círculo de Sanidad es una asociación de personas físicas acogida a la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo. Sus socios ocupan puestos relevantes en empresas del sector sanitario. El Círculo no tiene ánimo de lucro y su objetivo fundamental es el de facilitar y apoyar el acercamiento entre el ámbito sanitario en todas sus facetas y el ámbito empresarial.

Para ello facilita la coordinación entre los empresarios dedicados al sector sanitario en orden al análisis conjunto de los problemas que les son comunes y a la posible definición de las soluciones convenientes. Promueve y apoya el diálogo y la aproximación entre las diversas instituciones sanitarias y el mundo empresarial con el fin de facilitar un mejor y mayor entendimiento de los asuntos y problemas respectivos. Fomenta el intercambio de ideas, análisis y estudios con las instituciones y organismos afines interesados en el desarrollo y mejora del sector sanitario y la atención al paciente; asimismo, organiza encuentros y conferencias con dichas instituciones. Entre sus objetivos se encuentra también el de promover estudios sobre la función que la empresa privada puede y debe cumplir en la mejora del sistema sanitario.

Cuenta con un reducido y restringido número de socios que actúan fundamentalmente a través de reuniones periódicas de su Asamblea General en la que participan todos los socios y a través de las cuales mantiene un contacto permanente con personalidades que ocupan puestos importantes en la sanidad española.

Sanidad 2020, un futuro incierto



Edita: Círculo de la Sanidad.

© 2013 SPA, S. L. Antonio López, 249, 1º. Edif. Vértice. 28041 Madrid

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o almacenada en forma alguna ni por medios mecánicos ni electrónicos, sin el permiso escrito del titular del copyright.

D. L.: X-XXXX-XXXX

ISBN: 978-84-939018-5-1

Sanidad 2020, un futuro incierto

AUTORES

Juan Manuel Cabasés Hita

*Doctor en Economía y catedrático de Economía Aplicada
en la Universidad Pública de Navarra*

José M.^a Martín Moreno

*Doctor en Medicina y doctor en Salud Pública
Catedrático de Medicina Preventiva
y Salud Pública en la Universidad de Valencia*

Gabriel Uguet Adrover

*Licenciado en Administración y Dirección de Empresas
Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas
Empresario y asesor de empresas sanitarias*

COMENTARIOS CRÍTICOS

José Manuel Romay Beccaría

*Presidente del Consejo de Estado
y exministro de Sanidad y Consumo*

Julián García Vargas

Exministro de Sanidad y Consumo



Círculo de la Sanidad

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
COMENTARIOS CRÍTICOS	15
José Manuel Romay Beccaría	17
Julián García Vargas	33
1. LA SANIDAD EN ESPAÑA: MARCO CONCEPTUAL, ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y RECOMENDACIONES EN LA PERSPECTIVA DEL 2020	45
Juan Manuel Cabasés Hita	45
1.1. Situación de la sanidad española a los 10 años de la descentralización completa de la gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública a las comunidades autónomas	51
1.1.1. El gasto sanitario y su evolución	51
1.1.2. Los recursos humanos	57
1.1.3. Evaluación de la situación de la sanidad española	58
1.2. Las reglas del juego. Los principios de un buen sistema sanitario	61
1.2.1. Acceso universal	63
1.2.2. Minimización de barreras de acceso a la asistencia sanitaria	64
1.2.3. Prestaciones comprensivas y uniformes	65
1.2.4. Financiación equitativa: contribuciones generales, separadas de riesgos, según capacidad de pago	66
1.2.5. Eficiencia	68
1.2.6. Comparabilidad	69
1.2.7. Libertad de elección por parte del consumidor	69
1.3. Escenario de la sanidad en España en 2020	71
1.3.1. Visión 2020	71
1.4. La financiación del sistema sanitario	75

1.4.1. La financiación sanitaria en los años 2012-2020	75
1.4.2. La financiación territorial sanitaria	75
1.4.3. El modelo de financiación territorial	76
1.4.4. Financiación de proveedores	80
1.5. El buen gobierno del Sistema Nacional de Salud y sus instrumentos	83
1.5.1. Líneas básicas para el buen gobierno de la sanidad pública en España	84
1.5.2. Compromisos para avanzar en el buen gobierno de la sanidad pública	85
1.6. La descentralización sanitaria y la coordinación sanitaria en España. El papel del Estado y de las comunidades autónomas	95
1.6.1. La distribución de las competencias entre gobierno central y comunidades autónomas	96
1.7. El nuevo modelo de cuidados. Estrategia de salud. Cronicidad. Estratificación de pacientes: nuevo papel de la Atención Primaria y Especializada	99
1.8. La organización sanitaria y los incentivos: los profesionales sanitarios. Motivación e incentivos	103
1.9. Los ciudadanos, destinatarios de la asistencia sanitaria y responsables de su salud. Libertad de elección	109
1.10. La evaluación económica de las tecnologías sanitarias. El análisis coste-efectividad	113
1.10.1. Metodología de la evaluación económica	116
1.10.2. Medida de la efectividad	116
1.10.3. El valor monetario de la efectividad	119
1.10.4. El umbral de coste efectividad	120
1.11. Recomendaciones	121
1.11.1. La financiación sanitaria	123
1.11.2. Para las organizaciones sanitarias	124
1.11.3. Los profesionales sanitarios	126
1.11.4. Los ciudadanos, responsables de su salud	127
1.11.5. Para el establecimiento de prioridades	127
Referencias bibliográficas	129

2. REALIDAD ECONÓMICA Y DE GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA Y PROPUESTAS PARA UN INMEDIATO FUTURO	137
Gabriel Uguet Adrover	137
2.1. Los conciertos y convenios sanitarios: una aproximación	141
2.1.1. Antecedentes: los conciertos y convenios en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril	141
2.1.2. La concertación sanitaria: breve radiografía	145
2.2. La colaboración público-privada en España: los modelos PFI y PPP	181
2.2.1. Antecedentes	181
2.2.2. Los modelos de colaboración público-privada: los modelos PFI y PPP	183
2.3. El sistema sanitario en España: un acercamiento a la realidad económica	203
2.3.1. El sistema sanitario en España	203
2.3.2. La deuda sanitaria en el sistema público	213
2.3.3. La necesidad de reformar el sistema	216
2.4. El sistema sanitario en España: una nueva visión	221
2.4.1. Coste del modelo	222
2.4.2. Libre elección y calidad de los servicios	224
2.4.3. ¿Cómo deberían adaptarse las CC. AA. a este cambio de modelo?	225
2.4.4. Gestión de los recursos humanos	226
2.4.5. Aplicación del modelo por CC. AA.	228
2.4.6. ¿Qué papel podrían desempeñar las mutuas laborales en el nuevo modelo?	230
2.4.7. Impacto del modelo en la competitividad de las empresas españolas	230
2.4.8. Impacto sobre el sector privado sanitario	230
2.4.9. Conclusiones	231
3. EL MARCO DE LA UNIÓN EUROPEA Y SU INFLUENCIA ACTUAL Y POTENCIAL EN NUESTRO SISTEMA NACIONAL DE SALUD	233
José M.^a Martín Moreno	233
3.1. Introducción, contexto de partida y objetivos de este capítulo	235

3.2. “Anatomía” y “fisiología” de los engranajes actuales de toma de decisiones en la UE	241
3.2.1. La división de poderes (legislativo, ejecutivo y judicial) en el ámbito institucional de la UE: Parlamento, Consejo, Comisión y Tribunal de Justicia	244
3.2.2. Otros poderes fácticos institucionales con particular influencia en el contexto de crisis financiera. El rol de la “troika”	250
3.2.3. Instrumentos adicionales de “poder blando” (“ <i>soft power</i> ”) utilizados desde los órganos institucionales	252
3.2.4. Organizaciones no gubernamentales y grupos de interés con capacidad para influir en la toma de decisiones de la UE. El papel creciente de los <i>lobbies</i>	255
3.2.5. Experiencia práctica sobre tácticas de los grupos de interés para influir en las decisiones de la UE	258
3.2.6. Tensiones entre actores y grupos de interés en el desarrollo de normativa europea	263
3.3. ¿Están suficientemente delimitadas las competencias en la actualidad, o “el uno por el otro, la casa sin barrer”?	265
3.3.1. Las áreas de competencia que fundamentalmente corresponden a los Estados miembros. Correlatos problemáticos de (in)coherencia con el marco UE	265
3.3.2. Las áreas de competencia y acción directa de la UE y sus lagunas actuales	268
3.3.3. Asuntos de competencia compartida, con especial atención a áreas particularmente sensibles y con ambiguas delimitaciones	279
3.4. Futurible desde la esperanza: desde el diagnóstico al pronóstico y tratamiento. Visión de una UE que sea parte de la solución en el 2020 y más allá	297
Referencias bibliográficas	303

PRESENTACIÓN

Una vez más, y esta es la quinta, me cabe el honor, como presidente del Círculo de la Sanidad, de presentar un nuevo volumen de nuestro Libro Azul dedicado en esta ocasión a ofrecer, a través de la visión privilegiada de tres colaboradores de excepción, algunas características de lo que puede ser el sistema sanitario de España en el año 2020.

Obviamente, no se pretende precisar un futuro hoy lejano; eso sería tanto como garantizar el error de una apreciación que resulta particularmente difícil. Se pretende, desde puntos de vista distintos, señalar y analizar situaciones y circunstancias que pueden sin duda influir de forma notable en la evolución del Sistema Nacional de Salud en los próximos años, y creo que la aportación que han hecho las personas elegidas para desarrollar este trabajo es de una claridad y de una profundidad notable, sobre todo porque no solo se limitan, como desgraciadamente es muy frecuente, a darnos un gran número de datos sino, lo que es más importante, tratan de aportar creatividad en sus opiniones sobre la posible evolución futura, apoyándose no solo en sus referencias al conjunto de datos que analizan con detalle y precisión, sino aportando ideas y sugerencias que a su juicio habrán de influir notablemente en el desarrollo futuro del sistema.

Con esta quinta publicación cumplimos una vez más uno de los objetivos del Círculo de la Sanidad consistente en promover estudios sobre la función que la empresa privada puede y debe ejercer para contribuir a la mejora del Sistema Nacional de Salud. En estos momentos en los que el dilema gestión privada o pública, mal llamado sanidad pública o privada, es permanente en el seno de nuestra sociedad y causa en ocasiones de conflictos importantes, sería quizás conveniente preguntarse

qué es lo que debemos pedirle a un Sistema Nacional de Salud y, a mi juicio, lo más importante es que pueda llegar a satisfacer las necesidades fundamentales de salud de todos los ciudadanos de forma aparentemente gratuita, porque en realidad lo pagamos entre todos, y que además lo haga con la calidad suficiente; que la gestión sea pública o privada es una condición de mucha menor entidad, aunque desgraciadamente se convierte, quizás como consecuencia de un debate político orientado especialmente por criterios partidistas, en un objetivo principal cuando en ningún caso debería serlo.

Precisamente situar la frontera de este trabajo en el año 2020 permite sin duda, como ocurre siempre que se aprecian las cosas con distancia, serenar los planteamientos y racionalizarlos y eso es lo que han tratado de hacer a través de su trabajo nuestros tres colaboradores en este proyecto, el Prof. Cabasés, el Sr. Uguet y el Dr. Martín Moreno.

El Prof. Cabasés, con un profundo conocimiento del sistema sanitario, en su visión de hacia dónde va la sanidad española en la perspectiva del 2020 pone su acento en la eficacia, legitimidad y autoridad en la gestión que requiere la profesionalización y estabilidad contractual de los gestores, diferenciando su papel del de los políticos, responsables últimos de la sanidad pública. Señala que la regulación explícita de los conflictos de interés es un instrumento imprescindible en una organización que quiere ofrecer a la sociedad garantías de transparencia, integridad y buenas prácticas. Dedicar un apartado importante a la descentralización sanitaria y a la coordinación sanitaria en España y pone de manifiesto la importancia de esta coordinación y la problemática que causa la carencia de la misma. En el capítulo de recomendaciones señala que la sanidad debe seguir siendo un servicio accesible a todos, dejando fuera criterios basados en características de los individuos como su raza, género, religión, edad o estado de salud. El sistema sanitario debe estar centrado en el ciudadano y entiende que la libertad de elección y la integración de los servicios son aspectos de la máxima importancia.

Hay que impulsar un nuevo contrato social con todos los sectores de la sociedad basado en los valores de la ética pública democrática, buscando acuerdos y consensos en torno a reglas del juego democrático para gobernar y gestionar bien la sanidad pública, gobierne quien gobierne.

Señala también aspectos de la política de salud y de la necesaria complementariedad entre los sectores público y privado a través de una mayor colaboración. Se refiere al acceso universal, a la asistencia sanitaria pública y a la necesaria coordinación del Sistema Nacional de Salud, y señala también otros aspectos muy importantes que a su juicio deberían ser tenidos en cuenta en un horizonte como el que nos ocupa para mejorar sensiblemente nuestra sanidad.

El Sr. Uguet realiza un trabajo enormemente útil para apreciar el valor de la actividad privada en el mundo de la sanidad. Analiza las ventajas de la concertación con detalle y valora adecuadamente lo que la misma supone en su conjunto. Presta especial atención al modelo sanitario de Cataluña y al mutualismo administrativo de MUFACE y señala que es importante destacar cómo la fórmula de provisión y prestación del modelo MUFACE es de carácter mixto, es decir, la realizan tanto entidades públicas como privadas. El éxito de MUFACE entre los usuarios pone de manifiesto algo que se concilia bastante mal con lo que es hoy día, aparentemente y en las calles, la visión de los usuarios, cuando más bien son los protagonistas del servicio sanitario los que no están de acuerdo con el sistema, siendo por el contrario al parecer distinta la opinión de los que lo utilizan, opinión esta última posiblemente la más importante, sin que ello deba suponer desconocimiento del papel que deben jugar médicos, enfermeras y auxiliares y la necesidad de establecer un diálogo constructivo, objetivo y sin partidismos con ellos.

Por último, el Dr. Martín Moreno, con amplia experiencia en el mundo internacional europeo sanitario, dedica una parte de su trabajo a explicar con detalle y de una forma simple y muy didáctica los problemas que se plantean a nivel europeo en la sanidad. Señala entre otras cosas la tensión existente entre la Europa social y democrática y una Europa liberal y, a mi juicio, no por ello menos democrática sino quizás más, que cree que el progreso se mide primero en términos económicos y que el desarrollo social es posterior al crecimiento del producto interior bruto. Se refiere en su trabajo a las tensiones entre actores y grupos de interés en el desarrollo de la normativa europea, circunstancia importante a la hora de considerar la posible futura evolución de un sistema de salud europeo. Señala las áreas de competencia de acción directa de la Unión Europea y sus lagunas actuales y dedica un apartado a los mecanismos de

aprobación y trazabilidad de los productos sanitarios, incluidos los dispositivos y aparatos médicos. No se olvida de analizar lo que significa el reembolso de los gastos de servicio de salud entre los Estados miembros, circunstancia importante hoy, pero seguro que mucho más importante en el próximo futuro, y también señala que a su juicio la Unión Europea ha de realizar un esfuerzo en áreas tales como los medicamentos, los productos sanitarios y los dispositivos médicos, la formación de profesionales de la salud, el establecimiento de registros y protocolos de protección de licencias y acreditación de establecimientos, la apuesta por la máxima seguridad del paciente y los indicadores de seguimiento de normas ISO y auditorías de calidad.

He querido pasar muy por encima señalando algunos aspectos; sin duda, me he dejado otros muchos que los tres autores del trabajo han recogido y considerado a lo largo del mismo con particular importancia. Creo que la lectura completa de las aportaciones de cada uno resulta obligada una vez que se han podido apreciar los aspectos y las preocupaciones que cada uno ha tenido en consideración en su trabajo, y por ello tengo que agradecerles en nombre propio y en el del Círculo de la Sanidad la colaboración que han prestado, que considero es de un valor inestimable.

Por último y siguiendo la tradición iniciada en nuestra primera publicación, contamos también con la opinión crítica de dos personalidades de excepción, Don José Manuel Romay Beccaría y Don Julián García Vargas; ambos han sido, y no me resisto a decirlo, de los más competentes Ministros de Sanidad que ha tenido la democracia y ambos mantienen íntegras su curiosidad y su atención hacia los problemas sanitarios, lo cual hace muy valiosa su opinión crítica sobre los tres trabajos que hoy componen esta nueva edición del Libro Azul. Mi gratitud y la del Círculo hacia los dos y mi recomendación clara al lector de que no deje de leer los comentarios que ambos han realizado porque contienen ideas y sugerencias que en mi opinión son de un valor extraordinario para el futuro de nuestra sanidad y que como tal deberían ser muy tenidas en cuenta por nuestros gestores sanitarios. Decía hace dos años que a veces cuesta entender por qué discutimos tanto unos y otros si en realidad, cuando nos ponemos a razonar, nuestras posiciones son por lo general mucho más coincidentes y los comentarios críticos de estas dos personalidades de partidos distintos, ponen de manifiesto cómo desde posiciones políticas

distintas, si se cuenta con un profundo conocimiento de la materia a tratar y un mínimo de objetividad y pragmatismo, el consenso es fácil y esa es una lección que todos debemos aprender porque en España no solo es necesaria sino imprescindible.

En estos momentos en los que en conversaciones privadas muchos coincidimos en la necesidad de aunar esfuerzos, y no solo eso, sino que compartimos muchos criterios para hacerlo, resulta especialmente útil la lectura de estos trabajos que con información y objetividad tratan de orientarnos en un camino que todos hemos de recorrer juntos para conseguir lo mejor, dentro de nuestras posibilidades, para nuestro Sistema Nacional de Salud.

Juan Ignacio Trillo y López-Mancisidor
Presidente del Círculo de la Sanidad



Comentarios críticos

COMENTARIO CRÍTICO

La sanidad en la encrucijada. ¿Se debe cambiar el modelo?

José Manuel Romay Beccaría

Presidente del Consejo de Estado y exministro de Sanidad y Consumo

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Características

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está integrado por el Ministerio de Sanidad con las unidades afectas al sistema, incluido el Consejo Interterritorial, y por los servicios sanitarios de las comunidades autónomas (CC. AA.) y la red hospitalaria privada concertada y por el mutualismo administrativo con los servicios vinculados. En un sistema prácticamente abierto al 100% de la población, que se financia con impuestos, con un copago farmacéutico, que en cómputo global representa un porcentaje poco significativo, y algunas tasas que se cobran por servicios, a personas o entidades no beneficiarias o protegidas por seguros privados responsables de esas atenciones. Constituye un sector económico muy importante; solo el sector público supone el 5% del PIB y emplea a un millón de personas.

Resultados

Entre los **puntos fuertes** que ofrece este sistema destacan:

- Es muy equitativo. Constituye una referencia internacional por su universalidad y acceso.
- Está bien valorado por los ciudadanos a pesar de las listas de espera.
- Es relativamente barato. Está entre los cuatro más baratos de la UE-15.

- Excelente nivel de médicos y equipo humano, aunque con algunos problemas en lo que respecta a formación continuada y carrera profesional.
- Aceptables niveles de investigación; algunos centros como el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) son referencia internacional.
- Sus instalaciones son comparables a las de países del entorno.
- La Organización Nacional de Trasplantes está a la cabeza de este tipo de organizaciones en el mundo.
- En los últimos años la incorporación de técnicas de gestión del sector privado (compras, *stocks*, organización de servicios centrales, sistemas de información) han permitido mejorar la productividad de los centros.
- Igualmente, se ha registrado un incremento de la participación del sector privado, que es más eficiente ($\pm 20\%$).

En cuanto a lo que respecta a sus **puntos débiles**:

- Marco jurídico constituido por una normativa administrativa, burocrática, como si se tratase de un servicio administrativo más.
- Asignación monopolística de la población a los centros que la atienden, con muy poca libertad de elección.
- Escasa atención a la medicina preventiva y a la educación sanitaria.
- Consumo excesivo: 40% más de visitas al médico que en los países de la UE-15, 33% de visitas innecesarias al médico de familia y entre un 30% y un 80% de visitas a Urgencia por motivos no urgentes.
- Hay desviaciones entre regiones: en algunas de ellas se practican tres veces más TAC, cinco veces más resonancias y siete veces más mamografías.
- Gasto excesivo en productos farmacéuticos: se ha avanzado sensiblemente en los últimos años en el consumo de genéricos y ha habido reducciones notables de precios, pero seguimos con un consumo farmacéutico superior al europeo, aunque en nuestro país los precios son más bajos.
- Se están agravando los problemas de eficiencia (relación coste-producción).
- La sostenibilidad económica del sistema sanitario está en riesgo; se estima que en 2011 habrá habido un déficit superior a quince mil millones de euros.

- Es especialmente preocupante la inadaptación organizativa (sobre todo las relaciones entre Atención Primaria y Especializada y la estructura departamental en los hospitales) a los cambios demográficos (longevidad), epidemiológicos (cronicidad), médicos y tecnológicos.
- Insuficiente liderazgo del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial, lo que supone riesgos para la cohesión e igualdad básica del modelo. Se ha producido un retroceso en lo tocante a planes nacionales relacionados con problemas cardiológicos, diabetes y obesidad, y neurológicos.
- Desigualdades retributivas y en la carrera profesional injustificables.
- Antes de las transferencias del Insalud se disponía de un sistema de información homogéneo que permitía hacer comparaciones entre centros, seleccionar mejores prácticas, en definitiva, facilitaba la implantación de eso que ahora está tan de moda, que es el benchmarking. Actualmente, aunque las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han avanzado muchísimo, cada comunidad autónoma ha desarrollado su propio sistema de información, su propia tarjeta sanitaria, su propia historia clínica electrónica y es cada vez más difícil compartir información.

¿Qué se puede hacer?

¿Cambiarlo todo? o ¿cambiar lo que no funciona y mantener lo que está bien?

Esto último es lo que pienso yo. En mi opinión, lo que se impone a medio plazo es la participación.

Incrementar la provisión del sector privado y hacer más eficiente el sector público

Los problemas no están en el aseguramiento y la financiación pública, que hay que mantener como en Suecia. Lo que propongo es aumentar la participación privada y hacer más eficiente el sector público.

Los problemas son de eficiencia y en su mayoría causados por un corsé administrativo rígido, burocrático, monopolista y desincentivador, que impide el manejo adecuado del capital humano imprescindible en unas organizaciones tan complejas como las sanitarias, y por una estructura anticuada de la organización propiamente dicha. Lo que hay que hacer

es flexibilizar ese marco otorgando mayor autonomía a los centros y más responsabilidad a los profesionales; facilitar la competencia entre centros públicos y privados financiados; y dar libertad de elección a los ciudadanos para ser atendidos en centros públicos o privados concertados, todos financiados con recursos públicos con mayor transparencia y cuyos indicadores de calidad estén respaldados por agencias independientes.

Desde el punto de vista de la organización propiamente sanitaria, nuestro sistema público se ha desfasado en los últimos tiempos porque arrastra básicamente un modelo propio de una época con otro perfil demográfico, en la que prevalecían las enfermedades agudas sobre las crónicas y en la que las tecnologías de la imagen y de la comunicación no ofrecían todas las posibilidades que hoy están a nuestra disposición.

Los servicios hospitalarios son más bien compartimentos estancos con una relación insuficiente pese a los casos en los que están obligados a comunicarse y, además, la Atención Primaria se encuentra dispersa. La relación entre hospital y Atención Primaria es escasa y casi nula la relación entre hospitales. Todo ello contribuye a una escasa capacidad de resolución de la Atención Primaria y a la imposibilidad de la Atención Especializada de atender en un tiempo aceptable las consultas que se le requieren. Secuela de toda esta situación son los tiempos de espera excesivos y la creciente presión sobre las Urgencias de los hospitales en términos no conocidos en otros países como el nuestro, con las distorsiones que ello comporta.

Se debe hacer más permeable la relación entre Atención Primaria y Especializada. Esto exige que, en general, la atención continuada del paciente sea responsabilidad del médico de Primaria y que el especialista actúe como consultor de aquel. El paciente debe tener su entrada y "asiento" en la Medicina Primaria. La Medicina Especializada debe prestar de manera eficaz el servicio que el paciente necesita al ser enviado por su médico a confirmar o buscar un diagnóstico, y debe volver a su médico de Atención Primaria, que es el que sigue al paciente. El especialista debe actuar como consultor del médico de Primaria, que será de nuevo el que inicie el procedimiento de una nueva actuación de la Atención Especializada.

A veces, por razones de complejidad o de especificidad, se compartirá el seguimiento entre ambos niveles. Es necesario definir circuitos para garantizar la Asistencia Especializada urgente o preferente, sin pasar por el Servicio de Urgencia. El médico o médicos del centro de salud deben conocer los recursos y la capacidad del sistema, tener acceso a pruebas diagnósticas, compartir el cuidado de los pacientes con enfermería y tener una comunicación ágil y fluida con el médico especialista de referencia. Se ha de pasar de una atención centrada en episodios a una que garantice la continuidad asistencial. Para ello son necesarios una reasignación de recursos hacia la Atención Primaria y un compromiso y participación en la gestión.

El médico de Atención Primaria podrá tener un acceso más directo a pruebas complementarias en los casos en que se acuerde en cada proceso. Asimismo, se le podrán asignar recursos para atender a la población que tiene asignada y que se encargará de gestionar. El número y la adecuación de las derivaciones de pacientes a la Atención Especializada deben estar entre los criterios de evaluación del médico de Primaria, así como la medición de los recursos asignados. Para que el médico de Atención Primaria pueda asumir realmente el grado de protagonismo que se plantea, es necesario un cambio cultural de largo recorrido no solo entre los profesionales sino, especialmente, en la población, a fin de que sepa reconocer y valorar el valor real del médico de Atención Primaria.

Es preciso reorganizar los hospitales

Hay que eliminar barreras entre ellos. En el hospital, los cambios se deberán producir, además de la ya mencionada relación con la Atención Primaria, en dos frentes: en la organización interna y en la relación con otros hospitales. Internamente se debe caminar hacia la interdisciplinariedad y con otros hospitales hacia el trabajo en red, a fin de compartir recursos.

En el hospital, la asistencia se organiza en torno a especialidades que surgieron en relación con órganos o técnicas. Una especialidad presta su asistencia a través de una organización que denominamos servicio. La asistencia queda fragmentada al constituirse un sistema de “cajas” o “silos”, de manera que cada servicio atiende a “sus” pacientes. Sin embargo, el paciente y sus padecimientos muy frecuentemente precisan ser abordados mediante la confluencia de distintos profesionales que perte-

necen a distintos servicios. La atención, cuando se requiere el concurso de diferentes especialistas, tiende a ser realizada de manera secuencial: el paciente va pasando de un servicio a otro.

Además, muchas enfermedades requieren la actuación simultánea de profesionales provenientes de diferentes disciplinas. La fórmula es “ajustar” la organización al paciente, para lo que es necesario crear modelos de atención integrados, que eliminen barreras entre servicios, buscando sinergias que aporten valor y eviten redundancias al compartir los recursos de los servicios o áreas de conocimiento que convergen en la atención. Será necesario eliminar barreras y crear puentes de comunicación. Se han de establecer sistemas de medida y monitorización para valorar los resultados, la calidad y la eficiencia.

En las relaciones entre hospitales se debe tender a que los servicios y unidades superen los límites estrictos del hospital, para integrarse en una red asistencial. Se trata de que se compartan unidades de diagnóstico y tratamiento con el fin de optimizar recursos y mejorar la calidad al concentrar y compartir conocimiento.

Será necesario también que determinados procedimientos, o parte de ellos, puedan realizarse en un único centro como servicio a varios (un centro ofrecería este servicio aunque, físicamente, se realizara en otro). Para ello es necesario que los diferentes centros tengan igual grado de acceso a estos procedimientos, el mismo que el propio centro donde finalmente se realizará: equidad para los pacientes. El resultado debe ser visto por los profesionales y por los pacientes como si la única diferencia entre centros fuera que en unos centros el pasillo para llegar hasta donde se realizan los procedimientos es algo más largo que en otros.

Es preciso definir procesos

Para avanzar en muchos de esos campos será necesario redefinir procesos y darles respuesta integral desde todos los niveles posibles de la atención, en lugar de darla a episodios como en la actualidad.

Para mejorar la atención es necesaria la coordinación. La organización, con la participación de profesionales de ambos niveles asistenciales, debe identificar los procesos médicos, elaborar programas con protoco-

los compartidos y circuitos asistenciales, en los que se debe definir las actuaciones en cada situación y crear indicadores para valorar la calidad del proceso y que sirvan para ir mejorando la eficiencia del mismo. Los procesos deben iniciarse de manera habitual en Atención Primaria y retornar a ella. Esto obligará a:

- Crear equipos verdaderamente multidisciplinares, en los que estén representados todos los actores importantes en cada proceso y que cohesionen los ámbitos hospitalarios y de Atención Primaria, y más allá cuando sea necesario. Los especialistas con mayor conocimiento de cada proceso concreto deben ser los garantes y/o directores de la buena atención al mismo. En línea con esto, la unidad mínima de trabajo en Atención Primaria debe ser el equipo constituido por el médico y la enfermería. Ambas partes son fundamentales para una atención integral de los pacientes, pero es el médico el que debe dirigir este equipo, pues es en la relación médico-paciente en la que se centra toda la justificación de la atención sanitaria.
- Estandarizar la atención de todo lo que sea estandarizable.
- Definir qué debe hacer cada cuál y dónde debe prestarse esa atención.
- Medir los resultados de lo que se hace e incorporar las mejoras que se identifiquen.
- Puede ser aconsejable que determinados procedimientos, sea por su complejidad, por su baja frecuencia o por dificultades logísticas de organización, se realicen en un único centro para que sus profesionales tengan la experiencia suficiente cada vez que se les presenta un caso. Es necesaria una planificación de la localización y de las características de los recursos compartidos en la que deben participar los profesionales. La rápida obsolescencia de los equipos complejos aconseja valorar la posibilidad de contratar servicios en lugar de comprar equipamientos, lo que garantiza tener en funcionamiento siempre el equipo que mayores ventajas aporta.
- Los hospitales deben compartir/utilizar recursos altamente especializados y/o de continuidad asistencial (24 horas). Un ejemplo puede ser que un neurorradiólogo esté a disposición de varios hospitales y que las imágenes “viajen”. Este punto y el anterior, junto con otros mencionados con anterioridad, entran en un concepto que puede denominarse regionalización, lo que en modo alguno supone centralización.

- El hospital debe convertirse en un centro de muy alta resolución, en el que solo estén ingresados los pacientes que realmente lo necesiten. No debe cubrir, pues es una solución muy ineficiente, carencias de otras partes del sistema sanitario (p. ej., ingresos prolongados para realizar pruebas que no necesitan ingreso).

Posibilitar y favorecer la innovación

El hospital, y el sistema sanitario en general, es un centro con enorme potencial de investigación e innovación, en particular en todo lo relacionado con mejoras en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, que ahora no se está aprovechando en todas sus posibilidades. Para hacerlo es necesario introducir cambios legislativos que, con las menores trabas posibles y garantizando la protección de los pacientes, permitan utilizar para estos fines toda la información recogida en la práctica asistencial. Debe exigirse, en línea con lo realizado en otros países, que la recogida de información sea obligatoria y de calidad, lo que permitirá la evaluación continua de la asistencia prestada y la mejora de la atención a los pacientes, además de que posibilitará el papel del sistema sanitario como generador de riqueza a través de la innovación.

Desde otro punto de vista, tenemos que decir que la transparencia del sistema, pese a los avances en materia de información en los últimos años, sigue siendo escasa. En el mejor de los casos se mide cantidad de actividad, no su calidad. No es público quién hace mejor qué cosas.

Pacientes y médicos han perdido la posición central en el sistema sanitario. Los medios se han convertido en un fin en sí mismo. Disponer de aparatos, hospitales u otros medios ha ocupado en ocasiones el lugar de tener cubiertas adecuadamente las necesidades de salud.

Esta situación se compadece mal además con la mayor calidad que se exige y la imprescindible eficiencia máxima que nos impone la crisis fiscal que padecemos.

Una nota positiva en los últimos tiempos es la colaboración público-privada, que ha permitido incrementar la oferta del sistema público con alentadores resultados en eficiencia, calidad y satisfacción de los pacientes.

La organización sanitaria debe incorporar a la gestión clínica a los profesionales con responsabilidad de dirigir equipos, bien servicios o equivalentes. La gestión clínica debe ser entendida como el cómo hacer lo que hay que hacer con calidad y seguridad y la máxima eficiencia. Esto obligará a los clínicos a incorporar a su pensamiento elementos de cómo atender mejor al conjunto de la población y no solo a cada paciente individual.

En la política de recursos humanos deben realizarse cambios que permitan incentivar en función del rendimiento de cada cual y flexibilizar el acceso del personal más idóneo a cada uno de los puestos y el incremento o disminución de las plantillas en razón del rendimiento.

Es necesario también hacer transparente el sistema sanitario, poniendo a disposición de los pacientes información homogénea y relevante sobre los centros sanitarios y los profesionales que los tratan para que puedan tomar decisiones informadas. De este modo, la libre elección que nos proponemos impulsar desplegará a todos sus posibilidades. Para ello es preciso identificar procesos y/o situaciones clave en diferentes especialidades y medir la calidad de lo que se hace. Se debe impulsar la historia clínica electrónica para que toda la información disponible del paciente pueda estar accesible en cualquier centro sanitario de España. Se debe promover plataformas informáticas para que los pacientes, de forma individualizada y con total garantía de su privacidad, puedan recibir información y tratamiento de sus patologías. Se debe culminar el proceso de implantación de la receta electrónica.

En relación con los avances en innovación es preciso decir que el sistema público de investigación biomédica debe tener una estrategia que priorice las patologías más prevalentes, incremente la cooperación internacional, coordine todos los esfuerzos públicos y acelere la traslación de los resultados a la práctica clínica.

Se debe establecer un proceso de introducción de nuevas tecnologías y fármacos al sistema que garantice que todas las nuevas prestaciones que se incorporen al sistema han superado estándares de coste-efectividad similares a los que se aplican en otros países europeos, y que estas prestaciones sean accesibles para todos los pacientes del SNS. Se han

de impulsar políticas de prescripción, dispensación y uso racional de medicamentos.

Es imprescindible que los profesionales puedan asumir la responsabilidad de la gestión de un área de salud de Atención Primaria, asumiendo riesgos, con capacidad de decisión sobre el uso de los recursos y con evaluación de los resultados. La posibilidad de mejorar su retribución dependerá de los objetivos de salud y calidad alcanzados.

Tanto los profesionales como las prestaciones y centros deben reevaluarse periódicamente: tiene que existir la posibilidad de reorganizar servicios que no tienen un nivel suficiente de calidad en la atención que prestan a la población. Esto mismo es de aplicación a los médicos y otros profesionales de la salud, que tendrán que acreditarse.

La medición de la actividad debe incluir aspectos de calidad (eventualmente, otros resultados de salud si es posible), no solo de cantidad (tanto *in situ* como a distancia) e, idealmente, referirse al conjunto del proceso, no a aspectos puntuales que, con frecuencia, son en sí mismos un fracaso (p. ej., el reingreso de pacientes crónicos de insuficiencia cardiaca o EPOC).

Se debe promover la medicina individualizada e intensificar todas aquellas iniciativas que fomenten la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el control de la cronicidad. Así mismo, se debe impulsar el calendario vacunal básico, común a todas las CC. AA.

Las mejoras en la eficiencia que faciliten el cambio de modelo organizativo pueden ayudar significativamente a la sostenibilidad del sistema.

Los cambios de modelo organizativo macro- y micro- están avalados por la experiencia española (consorcios, empresas públicas, fundaciones, Ley de Nuevas Formas de Gestión –votada por todos menos IU– y experiencia piloto de unidades clínicas de gestión en numerosos servicios de los mejores hospitales de España y otros países).

Mejoras en la gestión

Esa reforma de nuestro sistema debería incluir:

- Más prevención y educación sanitaria.

- Objetivos de **salud**: pasar de la pasividad a la iniciativa.
- Mejor planificación de los recursos humanos del SNS.
- Potenciar la Agencia de Evaluación de Nuevas Tecnologías.
- Potenciar la Agencia de Calidad del SNS.
- Apoyo decisivo a la investigación.
- Potenciar el Consejo Interterritorial de Sanidad.

Una palabra sobre el método

Todo necesita consenso, pero la reforma del modelo sanitario más. La participación del personal, especialmente de los médicos, desde el primer momento es esencial.

Nada en este campo se puede hacer de hoy para mañana. Se impone el gradualismo. En esa línea, hay que introducir el cambio aprovechando la apertura de nuevos hospitales, que deberá hacerse con modelos de gestión flexible. Por lo demás, son muy útiles muchas experiencias en curso que se podrían generalizar.

La sostenibilidad

Con la crisis que padecemos, el propósito reiterado de preservar por encima de todo nuestro modelo sanitario público, universal y gratuito plantea desafíos extraordinarios.

El déficit que arrastra el sistema (sobre quince mil millones de euros en 2011), el crecimiento de los costes de la sanidad por el envejecimiento creciente de la población y los crecientes costes de la tecnología, los límites presupuestarios, hacen especialmente grave el problema. Se impone en primer lugar un enorme esfuerzo de eficiencia.

Para mejorar la eficiencia habría que tener en cuenta:

- La tecnología, tanto diagnóstica como terapéutica, disponible en el sistema ha aumentado intensamente. Su uso es muy variable en diferentes entornos y, en ocasiones, la de alto coste se encuentra infrutilizada, con amplios horarios en los que no se usa, lo que ocasiona un incremento de los costes. Es preciso un esfuerzo de racionalización.
- Es fundamental una labor pedagógica de largo recorrido a la población (p. ej., accesibilidad no significa cercanía y la cercanía no asegura la equidad, porque la calidad que se ofrece no es igual). En ocasiones

habrá que pedirle a la población que se desplace un poco más para ser mejor atendido y con menos costes.

- La organización sanitaria debe incorporar a la gestión clínica a los profesionales con responsabilidad de dirigir equipos, bien servicios o equivalentes. La gestión clínica debe ser entendida como el cómo hacer lo que hay que hacer con calidad y seguridad y la máxima eficiencia. Esto obligará a los clínicos a incorporar a su pensamiento elementos de cómo atender mejor al conjunto de la población y no solo a cada paciente individual.
- Los directivos y gerentes sanitarios tienen que ser elementos facilitadores del desarrollo de una gestión clínica más eficiente.
- La política de recursos humanos debe establecer incentivos a tenor del rendimiento de cada cual.
- Con independencia de esas reformas estructurales que dejo apuntadas y que tienen efectos sobre la eficiencia del sistema, y el ahorro que ello comporta, hay toda una panoplia de medidas de gestión que es imprescindible adoptar y que son decisivas para hacer sostenible nuestro sistema.
- La introducción de nuevas tecnologías y fármacos al sistema debe superar estándares de coste-efectividad similares a los que se aplican en otros países europeos.
- Las decisiones de financiación y fijación de precios de medicamentos deben tener muy presente el impacto potencial sobre la salud, el número de pacientes que pueden beneficiarse y la seguridad de su utilización.
- Se deben intensificar todas aquellas iniciativas que fomenten la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el control de la cronicidad.

Con carácter inmediato se podría avanzar en los siguientes aspectos:

- **Adquisición centralizada de medicamentos y productos ortoprotésicos**, generando economías de escala.
- **Elaboración de guías fármaco-terapéuticas centralizadas y homogéneas.**
- **Adecuación del contenido de los envases** de medicamentos a su previsible utilización.
- **Implantación generalizada de la receta electrónica y de módulos de ayuda a la prescripción.**

- **Implantación de contratos de riesgo compartido:** solo se abona el tratamiento (por lo general muy costoso) cuando se demuestre una respuesta positiva total o parcial al medicamento.
- **Protocolización de los procedimientos** diagnósticos o terapéuticos más costosos o extensivos, junto con la evaluación retrospectiva de la actividad profesional y la **elaboración de guías de buena práctica**.
- Se debe conseguir una **mejor distribución del personal y de sus tareas** (movilidad funcional) y fomentar el desarrollo profesional. Existe una gran capacidad de **mejora del rendimiento** sobre el total de horas trabajadas. En ocasiones, se observa que los rendimientos entre especialidades o unidades dentro del mismo centro pueden oscilar entre el 50 y el 80%. Por otra parte, una misma especialidad o unidad puede registrar rendimientos entre diferentes hospitales que varían entre un 61 y un 100%.
- Se deben desarrollar nuevas competencias en enfermería y otras profesiones para la atención a pacientes con problemas de salud complejos (como cáncer, enfermedades neurodegenerativas o enfermedades crónicas complejas) y para el desarrollo de las medidas de autocuidado y de prevención.
- Se deben crear mecanismos de **flexibilidad del tiempo trabajado y contratos a tiempo parcial**.
- Se deben instaurar sistemas más efectivos de **control de las ausencias y de las bajas por incapacidad temporal** e incrementar el rendimiento de las horas trabajadas.
- Se debe trabajar en **la automatización de procesos administrativos**, lo que permitiría al personal una mayor atención al paciente.
- Se debe acometer la **reordenación de las guardias** tendiendo a la troncalidad y un mejor aprovechamiento de las guardias mixtas o localizadas.
- Para mejorar la eficiencia se deben introducir mecanismos de competencia y mercado en la prestación pública. La introducción, tanto a escala individual como de centro, de un modelo de retribución que realmente refleje la productividad ayudará a mejorar la productividad de la organización.
- La información sanitaria es un bien de interés general. Actualmente existen en España 15 modelos de tarjeta sanitaria y casi tantos modelos de historia clínica electrónica. No podemos seguir así.
- El desarrollo de las TIC debe ganar el terreno perdido y suponer un soporte de gestión y evaluación de la actividad clínica que aporte efi-

ciencia al sistema hospitalario y a su coordinación (historia clínica electrónica única y compartida, soportes de gestión).

- Existe recorrido para **homogeneizar procesos asistenciales** y, de esta forma, optimizar la utilización de los recursos existentes.
- En el momento actual es más necesaria que nunca la **profesionalización de la gestión hospitalaria**.

Sería muy conveniente:

- Crear servicios comunes, sanitarios y sociales, para la atención de pacientes complejos con enfermedades crónicas y degenerativas, así como para las convalecencias y otras situaciones no complejas por motivos sociosanitarios.
- Desarrollar la red de cuidados paliativos y la atención a procesos crónicos (nefrológicos, cardiopatías, dolor...).
- Un manejo racional de las urgencias que en determinados momentos colapsan los hospitales –aparte de generar gastos poco justificados– sería la otra medida. Es fundamental un sistema de cribado *in situ* en los hospitales (o de *triage* utilizando la expresión habitual) que penalice y desincentive el gran volumen de asuntos menores que llegan a los centros hospitalarios saltándose otros recursos más apropiados.
- Conseguir ahorro energético, **optimizar la facturación a terceros, racionalizar todos los procesos logísticos y de compras e implantar modelos de servicios compartidos**.
- Además de a los **laboratorios de análisis clínicos y diagnóstico por la imagen**, también podría ser aplicable a los servicios de **farmacia hospitalaria**, así como a las especialidades médico-quirúrgicas que precisan una población grande para ser autosuficientes o en otros casos con dificultad para encontrar profesionales.

Un buen ejemplo en el caso del diagnóstico por la imagen es la Unidad Central de Radiodiagnóstico de Madrid, empresa pública creada en 2008 que da cobertura a 6 hospitales públicos. Frente a un modelo de ordenación convencional de la radiología, su coste de funcionamiento actual supone un ahorro de 10 millones de euros al año a la Comunidad de Madrid.

En lo que respecta a laboratorios de análisis clínicos, el Laboratorio Clínico Central BR Salud de Madrid da servicio, desde el Hospital Infanta

Sofía de San Sebastián de los Reyes, a seis hospitales y a sus áreas de influencia de Atención Primaria: 1,1 millones de habitantes.

El coste per cápita al año representa aproximadamente la mitad del coste medio de los laboratorios del Servicio Madrileño de Salud, lo que supondrá a la Comunidad de Madrid un ahorro de 90 millones de euros en ocho años.

Es necesario impulsar de forma concreta, dirigida y sistemática la identificación, definición, adecuación e implantación de prácticas seguras dirigidas específicamente a la prevención de sucesos adversos relacionados con medicamentos, infecciones nosocomiales y procedimientos quirúrgicos.

Una mayor colaboración de la iniciativa privada ayudará asimismo a la eficiencia. La provisión pública y privada, la competencia entre todos y la libertad de elección de pacientes debidamente informados, con un sistema transparente, será la verdadera palanca para la eficiencia y la sostenibilidad.

Por lo que respecta al copago, es cierto que la mayor parte del sistema sanitario europeo desarrolla distintas modalidades de copago y no lo tienen acotado exclusivamente a la prestación farmacéutica. Lo cierto es que el sistema europeo más parecido al de nuestro país, que es el Sistema Nacional de Salud inglés, tiene limitados sus copagos a la prestación farmacéutica como en nuestro caso.

Creo que cualquier otra aportación de los usuarios que no sea exclusivamente disuasoria del abuso debe ser estudiada con mucho cuidado y por lo general rechazada, porque ciertamente no es nada bueno hacer recaer sobre las personas enfermas una mayor contribución al sostenimiento de un sistema público financiado con impuestos como es el que tenemos. En todo caso, cualquier copago debería tener en cuenta las capacidades económicas de los pacientes y tratar de evitar por todos los medios que se construya una barrera para el acceso a las prestaciones sanitarias que son estrictamente necesarias.

Agradezco al Dr. Castro Beiras y a la Dra. María Codesido López sus inestimables aportaciones para la redacción de este trabajo cuyos aciertos son en mayoría suyos. Los errores, todos míos.

COMENTARIO CRÍTICO

Riesgos e incertidumbres en el sistema sanitario

Julián García Vargas

Exministro de Sanidad y Consumo

El sistema sanitario español atraviesa una época convulsa. No es el único: todos los países desarrollados vienen sufriendo crisis recurrentes desde hace una década.

En todos los casos hay una causa profunda: el incremento de los gastos sanitarios superior al de la economía y al de los ingresos presupuestarios durante las dos décadas pasadas. Esa evolución, que es difícil de afrontar en épocas de bonanza, resulta inmanejable en situaciones de bajo crecimiento, y no digamos cuando la economía se estanca o retrocede. Por esa razón, los gobiernos de los países que nos precedieron y orientaron en la puesta en marcha de un Sistema Nacional de Salud, como Canadá o Suecia, han venido realizando reformas, no demasiado populares, desde hace años.

En España, desde 2003, año de aprobación de la Ley de Cohesión, hemos cerrado los ojos y no hemos querido aprender de la experiencia ajena. Repetíamos que nuestro sistema sanitario era uno de los mejores del mundo con un coste razonable y era verdad. Pero no reconocíamos que tenía crónicas desviaciones presupuestarias, generadoras de déficits en casi todas las comunidades autónomas (CC. AA), que su base financiera era endeble, que no disponía de mecanismos de control de la demanda y que presentaba problemas de gestión. Esto lo sabían perfectamente sus proveedores (que cobraban con retraso) y la mayoría de sus gestores,

pero los responsables políticos huyeron de medidas impopulares. Por otra parte, dentro del sector ha habido bastante miopía y se han rechazado medidas razonables, sobre todo en gestión.

Ahora estamos afrontando una crisis fiscal y macroeconómica muy profunda sin que nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) esté mínimamente preparado para ello.

De forma tozuda **nos hemos negado a realizar reformas** como la revisión periódica de las prestaciones, la limitación del uso de ciertas tecnologías, la gestión por objetivos o el control de excesos en urgencias o en prescripción de fármacos. Solamente se adoptaron medidas duras en lo tocante a precios de medicamentos, agotando el margen de maniobra en ese campo.

Incluso **hemos utilizado la sanidad como reclamo electoral** construyendo costosos hospitales nuevos donde no estaban justificados o manteniendo un número de médicos por número de habitantes superior al de nuestros socios europeos. Los excesos no se han cometido solo en aeropuertos sin aviones o AVE sin pasajeros; en sanidad también hay hospitales que se abren a medias o a costa de dismantelar parcialmente otros centros más antiguos que funcionaban perfectamente y con acreditado prestigio.

En Madrid se construyeron en pocos años nada menos que ocho hospitales y otras CC. AA. no se quedaron atrás. En las localidades agraciadas el partido gobernante tenía garantizada la mayoría absoluta durante dos o tres legislaturas y los ciudadanos estaban encantados, aunque en muchos de esos nuevos centros algunas especialidades médicas no estuviesen respaldadas por el mínimo exigible de pacientes y de actividad clínica para garantizar la calidad. Para entendernos: en muchos casos era mejor recorrer unos kilómetros (por una flamante autovía sin peaje) y acudir a un gran centro de toda la vida para estar bien seguros.

Pero si no teníamos dinero, ¿cómo se hicieron esas enormes inversiones? Gracias a la imaginación de los profesionales de las finanzas, los mismos que nos han metido en el lío de la actual crisis económica. El sistema de financiación pública-privada permite financiarse sin que esa deuda compute a efectos de déficit o de límites de endeudamiento, debido

a la flexibilidad de las normas europeas. Pero esa deuda, como todas, debe pagarse. En este caso a través del canon anual que se abona a la empresa adjudicataria de la concesión. Los primeros pagos de ese canon han coincidido en bastantes casos con el agravamiento de la crisis presupuestaria del sector.

EL CHOQUE CON LA REALIDAD

Toda esta huida hacia adelante terminó en 2011 y sobre todo en 2012 con la nueva mayoría parlamentaria y el nuevo Gobierno, cuya primera prioridad ha sido, como resultaba inevitable, la estabilización de las finanzas del Estado y de las CC. AA. Desde entonces (en Cataluña desde un año antes), la tarea de los gestores sanitarios ha sido recortar gastos a toda costa, creándose en el sector una considerable confusión.

Toda una época de aumento continuo de los recursos asistenciales ha acabado de golpe. Los problemas remansados han aflorado en forma de deudas con todo tipo de proveedores que han puesto, y van a seguir poniendo, en riesgo la calidad asistencial. El impulso que se inició con la Ley General de Sanidad, la universalización y las transferencias a las CC. AA. está agotado.

Las medidas de reducción lineal del gasto, los recortes de sueldos y de plantillas, la revisión de precios a proveedores y conciertos, el cierre de camas y servicios y otros ahorros se están adoptando de forma apresurada y, sobre todo, descoordinada.

Con prisas se publicó el Real Decreto Ley 16 de 24 de abril de 2012 que abordó de una sola vez medidas consideradas hasta ahora casi “tabú”, como el aumento del copago farmacéutico y su extensión a los jubilados (como ya ocurría con el colectivo de funcionarios en MUFACE), así como la exclusión de medicamentos, reabriendo incluso el delicado asunto del derecho al aseguramiento. El RDL 16 contenía errores y las correcciones realizadas ocuparon varias páginas del BOE.

Una prueba de la descoordinación ha sido el pago de un euro por receta implantado por Cataluña y Madrid sin consideración hacia la competencia exclusiva del Estado en la prestación farmacéutica y que, como era inevitable, ha sido revocada por el Tribunal Constitucional.

Una situación tan excepcional como la actual es idónea para rediseñar el sector, eliminando las disfuncionalidades acumuladas con el tiempo y potenciando sus aspectos positivos. Es la ocasión para recuperar la senda de reformas que otros países desarrollados vienen aplicando y explicando a sus ciudadanos desde hace más de una década. Sin embargo, eso **requiere el liderazgo del Ministerio de Sanidad** y el nuestro lo ha ido perdiendo desde 2004.

El RDL 16 ha sido una ocasión para plantearse el rediseño del sector, actualizando la vieja Ley de Sanidad de 1986 en lo que se refiere a una coordinación efectiva entre las partes autonómicas del Sistema. No se ha intentado y todo apunta a que seguiremos **teniendo un “Sistema Interautonómico de Salud” en lugar de un SNS.**

La coordinación efectiva está incluida en la Ley de Sanidad de 1986 y garantizada por la definición de competencias básicas que incluye nuestra Constitución. El ejercicio de dichas competencias se ha ido debilitando y su recuperación es cada vez más necesaria; induciría economías de escala y añadiría transparencia y amplitud de mercado para la competencia entre proveedores, eliminaría trabas a la industria y, en general, haría que el sistema fuese más comprensible para todos. Por otra parte, resolvería la desigualdad de acceso administrativo y de tratamientos clínicos que empiezan a sufrir los ciudadanos españoles.

El Gobierno actual, centrado en los graves problemas macroeconómicos de España, no puede prestar mucha atención a los del sector sanitario, más allá del reiterado recorte de gastos. La estructura del Ministerio de Sanidad no es muy potente, pero el Partido Popular tiene mayoría en once CC. AA. y podría estimular un mejor trabajo común entre ellas, que arrastraría a las restantes. No parece que ese vaya a ser el caso, como demuestran las polémicas iniciativas de la Comunidad Autónoma de Madrid, adoptadas en solitario.

Existe el riesgo de que las dificultades amplíen las discrepancias entre CC. AA., ahora en dirección contraria a la época de prosperidad, cuando los territorios procuraban diferenciarse en la mejora de la oferta. En la búsqueda de ahorros y recortes siguen actuando por su cuenta, como se observa en la contratación de productos farmacéuticos o en las normas de prescripción.

Sin embargo, los problemas presupuestarios están obligando a todas las Autonomías a aplicar medidas que casi todas rechazaban anteriormente, como el nuevo copago farmacéutico. Naturalmente intentan trasladar el coste político al Gobierno del Estado.

El resultado de esa descoordinación es que los agentes empresariales del sector sanitario carecen de un interlocutor único ante las medidas que se van adoptando, los ciudadanos están preocupados y los profesionales irritados.

UN FUTURO PROBLEMÁTICO

Hasta ahora no ha habido una iniciativa política creíble para [encuadrar los recortes en un programa de reformas](#) consensuadas, sobre todo con los profesionales, y orientada al Sistema Sanitario de 2020. El trabajo del profesor Cabasés incluido en este “Libro Azul” aporta valiosos elementos para ese Programa.

Ese programa de reformas difícilmente emanará de la Ponencia Parlamentaria, con carácter de subcomisión, dentro de la Comisión de Sanidad del Congreso, para estudiar el futuro del SNS (acuerdo del 14 de junio de 2012). Es positivo que dicha subcomisión exista y pueda respaldar la reforma del sistema, pero el marco parlamentario no es el más ágil para una tarea de esa naturaleza.

Más propicio puede ser el Consejo Interterritorial, porque el tiempo del manido Pacto por la Sanidad solo entre partidos políticos ya pasó. Ahora la urgencia es muy grande porque hay que dar sentido y estabilidad a los recortes, y eso exige la participación intensa de los profesionales. Como sugiere Cabasés, lo que se necesita ahora es trabajar por un nuevo Pacto Social entre partidos, profesionales, agentes económicos y sociales, pacientes y ciudadanos, similar al que generó en su momento la Ley General de Sanidad y adaptado a una economía que crecerá poco en los próximos años. El llamado Foro de la Profesión Médica puede ser un buen comienzo.

La economía española todavía caerá en un 1,5% del PIB en 2013 y crecerá ligeramente por encima del 1,5% en 2016 y 2017 según las previsiones del FMI. Otras proyecciones disponibles no difieren demasiado: el desendeudamiento de empresas y familias es un gran lastre y requiere tiempo. En ese contexto, los recursos dedicados a sanidad no aumentarán en los próximos

cinco años y es conveniente que todos nos adaptemos a esta incómoda realidad.

En la práctica, ya estamos viendo que las medidas adoptadas en 2012 no serán suficientes y habrá que articular otras adicionales. En varias Consejerías de Sanidad se plantean copagos adicionales (por estancias hospitalarias, por ciertas pruebas, etc.) y en un acortamiento en la lista de prestaciones gratuitas. Como era previsible, se han paralizado proyectos de construcción de nuevos hospitales, se retrasarán inauguraciones o no se pondrán en servicio plantas enteras de nuevos centros. Por eso, en esta coyuntura de recortes y escasez, es imprescindible **tener una visión general del futuro del sector que aporte sentido a la catarata de medidas que se van adoptando.**

Involucrar a los profesionales y a todos los agentes del sector es estratégicamente imprescindible, pero también hay que elaborar **un discurso coherente que trasladar a los ciudadanos.** Esto solo se puede hacer a través de las CC. AA.; el problema es quién liderará ese proyecto.

Entre los ciudadanos empieza a calar la pérdida de calidad de las prestaciones. Lo más preocupante, más allá que ciertas medidas en el medio rural, es el empeoramiento de las listas de espera. A eso se une la inseguridad sobre las prestaciones a que cada español tiene derecho.

Por eso hay que trasladar **un mensaje que aporte certidumbre: el Sistema Sanitario español seguirá siendo un buen sistema,** aunque se apliquen recortes, se reduzcan ciertas facilidades de acceso o se exijan esfuerzos a los usuarios, ya que dispone de excelentes recursos acumulados, tanto humanos como en equipos e instalaciones. Lo importante es que no se deteriore en los complicados años venideros. Para ello habrá que dejar de confundir la defensa de la sanidad pública con la defensa de todos los trabajadores públicos de la sanidad.

CONTAR CON TODOS LOS AGENTES

La visión general de futuro debe incluir a todos los agentes del sector, todos ellos afectados gravemente por la crisis. Uno de los perjudicados es el de los **servicios concertados,** que han visto modificados unilateralmente sus contratos vigentes, tanto en tarifas como en el cumplimiento de los pagos.

La alteración unilateral de los contratos suscritos es un ataque a la seguridad jurídica y pone en peligro una parte esencial del dispositivo asistencial. ¿Sobrevivirán todas las instituciones concertadas, muchas de carácter no lucrativo, a esas rebajas y retrasos? Es difícil contestar, pero seguramente habrá algunas bajas, justo cuando podrían aportar soluciones.

A esto hay que añadir el efecto indirecto de la crisis de las Cajas de Ahorros, que en algunos territorios aportaban estabilidad a fórmulas de colaboración público-privada, como el “modelo Alcira”. Esas Cajas están siendo obligadas a desprenderse de esos activos rentables, que están a la venta sin que aparezca un comprador claro. Otras CC. AA. están también retrasando sus compromisos de pago de un canon por centros construidos en régimen de concesión administrativa con capital privado y con sus servicios generales privatizados.

En este marco de inseguridad empresarial para las entidades privadas de asistencia hospitalaria concertada o integrada en los dispositivos autonómicos, han hecho aparición fondos privados de capital riesgo, dispuestos a adquirir activos en venta, propiedad de Cajas de Ahorro, grupos financieros o a particulares. ¿Quién está dispuesto a arriesgar capital en un sistema sanitario tan ahogado económicamente, tan inseguro jurídicamente y con perspectivas de recuperación tan imprecisas? Solo quien consiga precios bajos, no tenga vocación de permanencia a largo plazo en la sanidad y tenga como negocio desprenderse de una inversión cuando se revalorice.

Esa es la razón de la desconfianza de los profesionales y de los ciudadanos en la gestión del capital riesgo: hoy puede estar invertido en sanidad y mañana puede vender para posicionarse en el sector inmobiliario o en energía.

En ningún caso debe confundirse la inversión privada en hospitales y medios asistenciales tangibles, sobre todo con recursos propios, que constituyen un activo fijo e incrementan la capacidad asistencial del país y se pueden concertar, con los meros servicios de gestión de los recursos públicos ya existentes. Por ello, sería positivo contemplar el futuro del SNS, incluyendo al sector privado que aporta medios asistenciales, susceptibles de concertación en muchos casos.

El SNS no va a privatizarse, pero la parte asistencial privada tenderá a crecer a pesar de las dificultades actuales. Es lo que ha sucedido en todos los países desarrollados. Sin embargo, la preocupación por el componente privado asistencial del sistema sanitario español, que supone casi un tercio del mismo, no ha existido en el Ministerio de Sanidad desde hace veinte años y nunca se ha tratado seriamente en el Consejo Interterritorial. Es una visión miope que considera erróneamente (tanto en el PP como en el PSOE) que es una cuestión exclusiva de cada territorio.

Es revelador que en medio de una crisis que golpea a familias y empresas, el volumen de pólizas de seguros sanitarios privados esté bastante estabilizado y solo haya descendido ligeramente desde 2010. Puede interpretarse, como ocurre en otros países europeos, que un número creciente de ciudadanos están dispuestos a garantizarse privadamente una asistencia complementaria aunque deban renunciar a otros gastos personales.

Podrá pensarse que esto amplía las desigualdades entre ciudadanos, pero forma parte de la libertad de elección individual. Lo que cuenta de verdad es que no existan grandes diferencias de oportunidades para conservar la salud personal, aunque eso tiene más relación con la renta personal y la educación que con la asistencia sanitaria.

LA GESTIÓN EN TIEMPOS DE ESCASEZ

La conciencia del gasto ha calado bastante en los profesionales (la crítica al “economicismo” pasó a la historia) y buena parte de ellos puede aportar mucho en este terreno. Saben que, en el fondo, vamos hacia otra manera de hacer medicina, más austera pero no menos eficaz clínicamente. Se están asumiendo cambios culturales en la asistencia al final de la vida, el enfoque del envejecimiento con tratamientos menos intensivos, la enfermedad crónica y no la aguda como reto principal, o la moderación en el uso de ciertas tecnologías. Por eso hay que escucharles e involucrarles en las reformas.

Cuando ahorrar se convierte en un criterio casi único para la gestión, se corre el riesgo de caer en el peor error: cortar en todo de forma lineal. En España ese riesgo es mayor porque el sector nunca asumió plenamente que la gestión eficiente de los recursos es tan importante como la práctica clínica. Ambas son inseparables, pero en tiempo de escasez los

recursos disponibles marcan los límites de la práctica clínica y control del déficit.

Eso obliga a plantearse mil cuestiones de microgestión que son incómodas para los ciudadanos y los profesionales. Cuando no hay dinero hay que reducir servicios o centros con pocos pacientes, estancias, desplazamientos o pruebas redundantes y un sinfín de gastos, aunque desagrade a la ciudadanía o haya eco mediático.

Eso pone a los gerentes en el epicentro del problema y refuerza el debate sobre las formas de gestión.

En cuanto a **los gerentes**, es inexplicable que no se insista en que disponemos de un buen número de ellos, muy bien formados (casi todos en el sistema público y también fuera de España), con experiencia y dedicación. Lo que se requiere ahora es garantizar la estabilidad en sus puestos, aislarles de consideraciones partidarias, darles poder, hacer que actúen por objetivos y evaluar su desempeño en virtud de criterios objetivos. Parece excesivo pensar en un Estatuto de la Gerencia, pero sería conveniente un compromiso entre todas las CC. AA. en el Consejo Interterritorial para reforzar su figura y darle mayor participación en las reformas, junto a los profesionales de la Medicina y de la Enfermería.

El debate sobre las formas de gestión, pública o privada, ha sido puesto sobre la mesa de forma torpe. En Madrid y en otras CC. AA. se ha decidido la privatización de la gestión de centros públicos sin argumentar con datos contrastados, sin dialogar con los profesionales y sin explicaciones convincentes a los ciudadanos. Con ello se puede poner en riesgo la futura colaboración público-privada contando con la experiencia de entidades de muy arraigada tradición en el sector.

Este es el momento de **comparar los resultados de distintos marcos organizativos** que se han venido ensayando desde la aprobación, con unanimidad parlamentaria, de la Ley 15/1997, sobre Formas de Gestión en Sanidad.

Desde entonces se ha experimentado convirtiendo centros tradicionales en empresas públicas, entes de derecho público y fundaciones, no so-

metidas al derecho administrativo y funcional. También se han extendido las concesiones administrativas que incluyen la asistencia sanitaria (Alcira) o solo los servicios generales (Majadahonda). Sin embargo, no se creó un grupo de trabajo de seguimiento y de comparación de resultados, que debería haberse ubicado en el Consejo Interterritorial. Por tanto, no se ha puesto en común lo aprendido después de 15 años y ahora sufrimos un debate muy ideologizado sobre la cuestión.

Ha habido temor a la confrontación sindical y a modificar el Estatuto de personal y poco interés en “importar” soluciones de otras CC. AA. (en Sanidad también hay “identidades” territoriales).

Incluso se polemiza sobre los datos de la única experiencia contrastada que es [MUFACE](#). La paga el Estado y cada año se publican el precio de la póliza y los gastos en farmacia, ambos claramente inferiores a la media de gasto de las CC. AA. Sin embargo, no se utilizan como referentes de comparación, una vez puestos en términos homogéneos. Incluso se insiste en complicar cada vez más esta homogeneización con los gastos de las CC. AA. para poner en duda la ventaja de MUFACE. Naturalmente, si se aumenta el peso de factores como la docencia, donde la ineficiencia pública es alta, y otros marginales. Si la complicamos la comparación se falseará.

Muchos ciudadanos tienen la impresión de que la insistencia de algunos responsables políticos en trasladar la gestión de centros al sector privado se parece a una “[huida de la responsabilidad](#)”. Es más fácil ese traspaso que apostar por un cambio en el Estatuto del personal público que lo haga menos funcional, por unas retribuciones que permitan incentivar a los mejores y una gerencia independiente y por objetivos de los centros, medidas que incrementarían la eficiencia de la gestión pública. También hay que reconocer la resistencia sindical en el pasado ante los intentos en esa dirección, pero los momentos actuales pueden ser más propicios.

La existencia de una [Agencia u Observatorio de evaluación de la gestión, no solo comparando lo privado con lo público, sino también lo público con lo público](#), evitaría mucha polémica inútil. El trabajo del Sr. Uguet en esta publicación aporta muchos datos y argumentos a favor de esta orientación.

Su labor debería coordinarse con la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad que lidera la elaboración de las Guías de Práctica Clínica siguiendo un ambicioso programa y que debería realizar un seguimiento sistemático de su aplicación. Así se limitarían las divergencias entre CC. AA. en hospitalización, tratamiento e intervenciones, en especial de personas mayores. Esas divergencias explican muchos excesos de coste, más que el envejecimiento en sí mismo.

El trabajo coordinado del Observatorio de Gestión y de la Agencia de Calidad se completaría con la Agencia de Evaluación de Tecnología que, por fin, parece que va a ponerse en marcha. Esperemos que actúe conectada con otras agencias de países comunitarios, como pide más adelante en esta obra el doctor Martín Moreno.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Lo que se preguntan los ciudadanos es qué va a ocurrir con el Sistema Sanitario y la respuesta debería ser sincera. Va hacia un sistema con prioridades más realistas y modestas que las de años pasados, más austero, con muy pocas inauguraciones y centros nuevos y más bien algunos cierres, mucho más cuidadoso con la tecnología y centrado en cumplir con lo presupuestado. Pero **hacer medicina con menos coste no supone hacerlo peor**. Esto hay que saberlo explicar. El sistema seguirá teniendo excelentes profesionales y muchos medios técnicos y eso supone una base muy sólida.

No obstante, es muy probable que no pueda garantizar tantas prestaciones gratuitas como ahora. Conviene no ocultar que **la mejora de la gestión**, con mayor papel de gerentes profesionales y más responsabilidad por objetivos de médicos y enfermeros, que es obligada e inevitable, **no va a resolver todos sus problemas**. Tampoco los resolverá la cesión de la gestión a entidades privadas, menos condicionadas por el derecho administrativo y con más libertad de actuación. La colaboración con entidades privadas no lucrativas o con demostrado arraigo en el sector tiene mucho recorrido. Las basadas en el capital-riesgo suscitan por el contrario dudas razonables.

El sistema debe tener como prioridad pagar a sus proveedores a tiempo y buscar nuevas fórmulas de colaboración con ellos que favorezcan el que España cuente con una industria de tecnología sanitaria y farmacéutica.

Este aspecto industrial del sector ha estado siempre ausente del discurso sanitario.

Por último, dentro de la estrategia de reformas y no solo de recortes, hay que replantearse muy seriamente la gobernanza del SNS. El Consejo Interterritorial es su principal órgano de gobierno y el Ministerio de Sanidad, con competencias básicas en su mano, su impulsor principal. Las CC. AA. saben que el margen de “lucimiento” con inauguraciones y nuevos servicios ha acabado y que se va en dirección contraria. Actuando más al unísono serán más creíbles ante los ciudadanos.

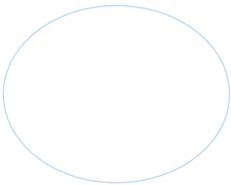
A estos les corresponde también un nuevo papel. La medicina actual nos demuestra que hay que poner mucho más énfasis en una [mayor responsabilidad individual](#) en la conservación de la salud y en los tratamientos. Eso tiene que ver con la experiencia colectiva y con la educación. Las asociaciones de pacientes pueden ayudar en este sentido y también determinar las prioridades en el sistema.

Nuestros excelentes indicadores globales de salud no van a deteriorarse aunque el SNS deba constreñirse en los gastos menos eficaces clínicamente. Sin embargo, esta limitación de los gastos sanitarios parece preocupar mucho más que nuestros malos indicadores educativos, sobre todo de fracaso escolar, con sus nefastas consecuencias de futuro. En la distribución del gasto público también habría que repensar la prioridad de nuestras preocupaciones.

1

La sanidad en España: marco conceptual, análisis de situación y recomendaciones en la perspectiva del 2020

Juan Manuel Cabasés Hita



“En un momento en el que el dinero escasea, mi consejo para los países es el siguiente: antes de buscar de dónde recortar el gasto de la asistencia sanitaria, hay que buscar opciones que mejoren la eficiencia”.
Margaret Chan, Directora General de la OMS, (OMS, 2010).

El sector sanitario es un sector económico muy importante y en auge, con elevado impacto sobre la actividad económica como demandante de productos de otros sectores y como generador de empleo. Es un sector innovador en el ámbito de la alta tecnología y de los medicamentos, e incluso de formas de organización, en continuo proceso de revisión y actualización en la búsqueda de una mayor calidad. Como productor de mejoras en la salud, promueve el bienestar directamente al producir tiempo sano (cantidad y calidad de vida asociada a la salud) del que disfrutamos, e incrementos de la productividad en toda la economía al devolver a las personas activas al mercado de trabajo, lo que genera una inversión en capital humano de primer nivel. Produce el bien máspreciado, la protección de la salud y su restauración cuando esta falta. La inversión en salud es socialmente muy rentable.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está siendo en nuestro país uno de los estabilizadores sociales clave para que la crisis económica no derive en una crisis social de gran magnitud. El que los ciudadanos tengan acceso prácticamente universal a la sanidad pública en España es un logro del que disfrutamos en todo tiempo, pero es un elemento de cohesión social y de protección de la salud que muestra todo su valor en momentos de crisis económica. En este sentido, las crisis económicas son elementos de importante riesgo para la salud, si bien a priori es complicado predecir sus efectos, que dependerán del nivel de renta y de aspectos institucionales de cada país (1, 2).

El sistema sanitario español vive momentos convulsos. La insuficiencia financiera pública ha hecho mella en los pilares del gasto social, la sanidad, la educación y los servicios sociales, que se ven amenazados por unas expectativas de crecimiento muy inferiores a las esperadas hasta el comienzo de la crisis económica de 2008. Los presupuestos sanitarios se ven reducidos año tras año. Hasta el acceso universal a la sanidad pública, la seña de identidad de nuestro SNS, un logro social indiscutible que se ha ido consolidando a lo largo de los 25 años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, parece estar en cuestión (3-5).

En la actual situación, medidas puramente coyunturales no serán suficientes para consolidar el SNS, para que las severas restricciones presupuestarias que nos acompañarán los próximos años no se traduzcan en deterioros de la calidad asistencial y para avanzar en la evolución de un SNS dirigido a metas de eficiencia y equidad. Aunque la situación coyuntural puede estar impulsando la toma de decisiones urgentes, como el real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, la necesidad de repensar el SNS se hacía imperiosa desde hace tiempo (6, 7). Este ejercicio no puede estar dominado por la coyuntura económica actual, sino que ha de realizarse en función de los criterios que inspiran el SNS: universalidad, equidad, sostenibilidad financiera, eficiencia, calidad y participación.

La mejora de la eficiencia en la utilización de los recursos es la clave de las reformas que nuestro modelo sanitario necesita. En un estudio reciente, la OCDE concluye que, por término medio, la esperanza de vida de la OCDE podría aumentar en más de dos años para 2017, manteniendo el gasto sanitario, si todos los países fueran tan eficientes como los mejores. A modo de comparación, suponiendo que no hay reforma, un aumento del 10% del gasto sanitario incrementaría la esperanza de vida en solo tres o cuatro meses en el periodo. No importa tanto el tipo de sistema sanitario de partida, sino cómo se gestiona, ni existe una reforma de los sistemas de salud de talla única. Los países deberían adoptar las mejores prácticas de los diferentes sistemas de atención de la salud que existen en la OCDE y adaptarlos a la medida de cada país. Al mejorar la eficiencia del sistema de atención de la salud, el ahorro del gasto público sería grande, próximo al 2% del PIB en promedio en la OCDE (1,7% en el caso de España) (8).

En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud en el mundo, referido a la financiación de los sistemas de salud, calcula que entre el 20% y el 40% del gasto sanitario total se pierde por causa de la ineficiencia (9).

El objetivo del sistema sanitario es producir el máximo nivel de salud con los recursos disponibles. La salud debe ser el hilo conductor del sistema. En un proceso de reforma exitoso, al final de la década los indicadores de salud deberían haber mejorado a mayor ritmo que el actual, tanto en cantidad de vida -mortalidad y esperanza de vida- como en calidad de vida y en sus determinantes. Condición previa para la eficiencia en la asignación de recursos es la eficiencia en la gestión, es decir, desarrollar la actividad en los centros y servicios sin derrochar recursos y, además, seleccionar las actividades que promuevan la maximización de la salud.

Este trabajo pretende desarrollar una visión para el SNS en la perspectiva del año 2020. Partiendo de una evaluación de la situación actual del sistema sanitario y a la luz de los principios que definen un buen sistema sanitario, describe un escenario factible para la sanidad en España basado en cambios estructurales que afectan a la financiación, la coordinación sanitaria, la colaboración público-privada, la detección y corrección de holguras de ineficiencia en la oferta y la demanda sanitarias, la necesidad de evaluación continuada del sistema, el cambio en el modelo de cuidados orientado a la cronicidad, el nuevo papel de la Atención Primaria y de la Especializada, la e-salud, la motivación e incentivos de los profesionales sanitarios, el papel creciente de los ciudadanos, destinatarios de la asistencia sanitaria y responsables de su salud, la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, y la determinación de prioridades mediante la evaluación económica sistemática de las decisiones en materia sanitaria.

En su diseño seguiremos un enfoque de economía normativa, ateniéndonos a los criterios de eficiencia y equidad. Trataremos de centrar la atención en los fundamentos y en las propuestas de cambio estructural que requiere el sistema sanitario, y evitaremos mencionar lo que ya está dicho en múltiples publicaciones internacionales y nacionales y la referencia a datos conocidos.

1.1. SITUACIÓN DE LA SANIDAD ESPAÑOLA A LOS 10 AÑOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN COMPLETA DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE TITULARIDAD PÚBLICA A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

1.1.1. El gasto sanitario y su evolución

El gasto sanitario en nuestro país muestra una tendencia incesante al crecimiento, por encima de su crecimiento económico. El año 2010, último del que existen datos comparados, el gasto sanitario en España alcanzó un 9,6% del PIB, ligeramente por encima de la media de los países de la OCDE (10), aumentó en algo más de un punto porcentual entre 2007 y 2009, de 8,5% en 2007 a 9,6% en 2009, y se mantuvo en 2010. Ello supone que se han recortado las diferencias en cuanto a esfuerzo relativo en comparación con otros países de la UE de mayor renta per cápita que el nuestro, de manera que nuestro esfuerzo es comparable al de Italia o el Reino Unido. Sin embargo, el ascenso observado en el año 2009 no se corresponde con una mayor cantidad de recursos destinados al ámbito sanitario, sino con una caída generalizada del PIB en términos reales del 3,7% en 2009, ante la cual el crecimiento del gasto sanitario fue mucho menor.

En términos absolutos, sin embargo, el gasto sanitario per cápita en España sigue siendo inferior a la media de la OCDE (3.078 frente a 3.223 \$ PPC en 2009), aunque la diferencia se ha venido reduciendo debido al mayor ritmo de crecimiento del gasto sanitario per cápita en España que, desde 2000 a 2009 ha sido de un 5,6% en promedio anual, más rápido que el promedio de la OCDE, que ha sido de un 4,7%. Este crecimiento ha sido, no obstante, errático, con crecimientos anuales en torno al 3%, a excepción del año 2003 (14,3%) -debido a una ruptura

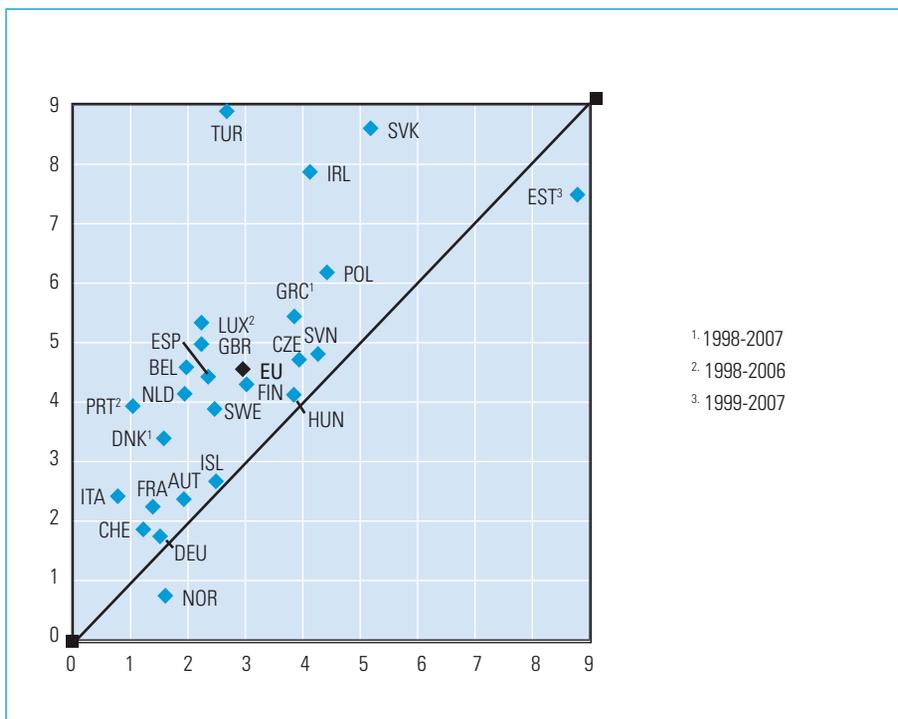


FIGURA 1.1.1. Crecimiento medio del gasto sanitario anual per cápita en términos reales y del PIB.
Fuente: OCDE Health Data 2010; Eurostat Statistics Database; WHO National Health Accounts.

en la serie por adaptación a la metodología del Sistema de Cuentas de Salud que incluye desde entonces estimaciones de los cuidados de larga duración dispensados por el Sistema Nacional de Salud (SNS), además de la posible influencia del proceso final de traspaso de servicios sanitarios a las CC. AA., el año 2008 (4,9%) y el 2009 (1,5%). Si se exceptúa el año 2003, no puede concluirse que haya habido una tensión inflacionista media superior a la de los países de la OCDE. La Figura 1.1.1. muestra el crecimiento del gasto sanitario per cápita en términos reales y del PIB per cápita en la década 1998-2008 en Europa. Prácticamente todos los países presentan elasticidades renta del gasto sanitario per cápita superiores a la unidad.

El gasto sanitario público representó en 2009 el 73,6% del gasto sanitario total, un porcentaje ligeramente superior al promedio en la OCDE, que del 72,2%, pero claramente inferior al de países con SNS, como los países nórdicos, el Reino Unido y Japón.

El 26,4% es gasto sanitario privado, e incluye el hasta ahora limitado copago farmacéutico en el sector público y, sobre todo, el seguro privado voluntario que utiliza aproximadamente un 15% de la población. Ha evolucionado en el tiempo hacia una mayor participación que en 1985 no llegaba al 20%. Sin embargo, se ha mantenido estable en términos del PIB a lo largo de la década, con un 2,4% del PIB (Tabla 1.1.1. y Figura 1.1.2.) (11).

Tabla 1.1.1. Tendencias en el gasto sanitario en España (años 1980-2007)

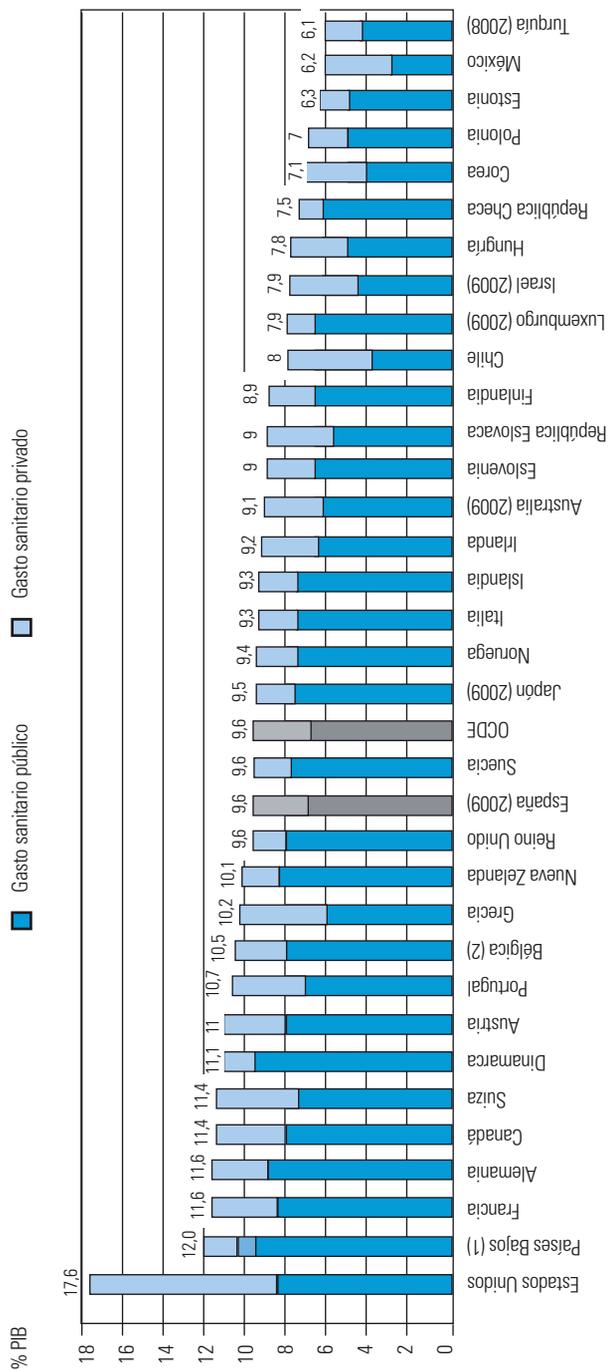
	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Gasto sanitario total per cápita USD en términos de PPA	363	496	872	1.193	1.536	2.267	2.466	2.671
Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3	8,4	8,5
Gasto sanitario público como porcentaje del gasto sanitario total	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,6	71,2	71,8
Seguros privados como porcentaje del gasto sanitario total	3,2	3,7	3,7	3,4	3,9	5,9	6,0	5,9
Gastos sufragados directamente por los ciudadanos como porcentaje del gasto sanitario total	N/D	N/D	N/D	23,6	23,6	22,4	21,5	21,0
Pagos directos de los ciudadanos per cápita USD en términos de PPA	N/D	N/D	N/D	281	362	507	530	562

Fuente: OCDE 2009.

El gasto sanitario seguirá presionado al alza por la introducción y el desarrollo de nuevas tecnologías, la presión de la demanda, los cambios demográficos, el nuevo patrón epidemiológico orientado hacia la cronicidad, o por las dificultades para aumentar la productividad propias de los servicios intensivos en capital humano (tesis de Baumol).

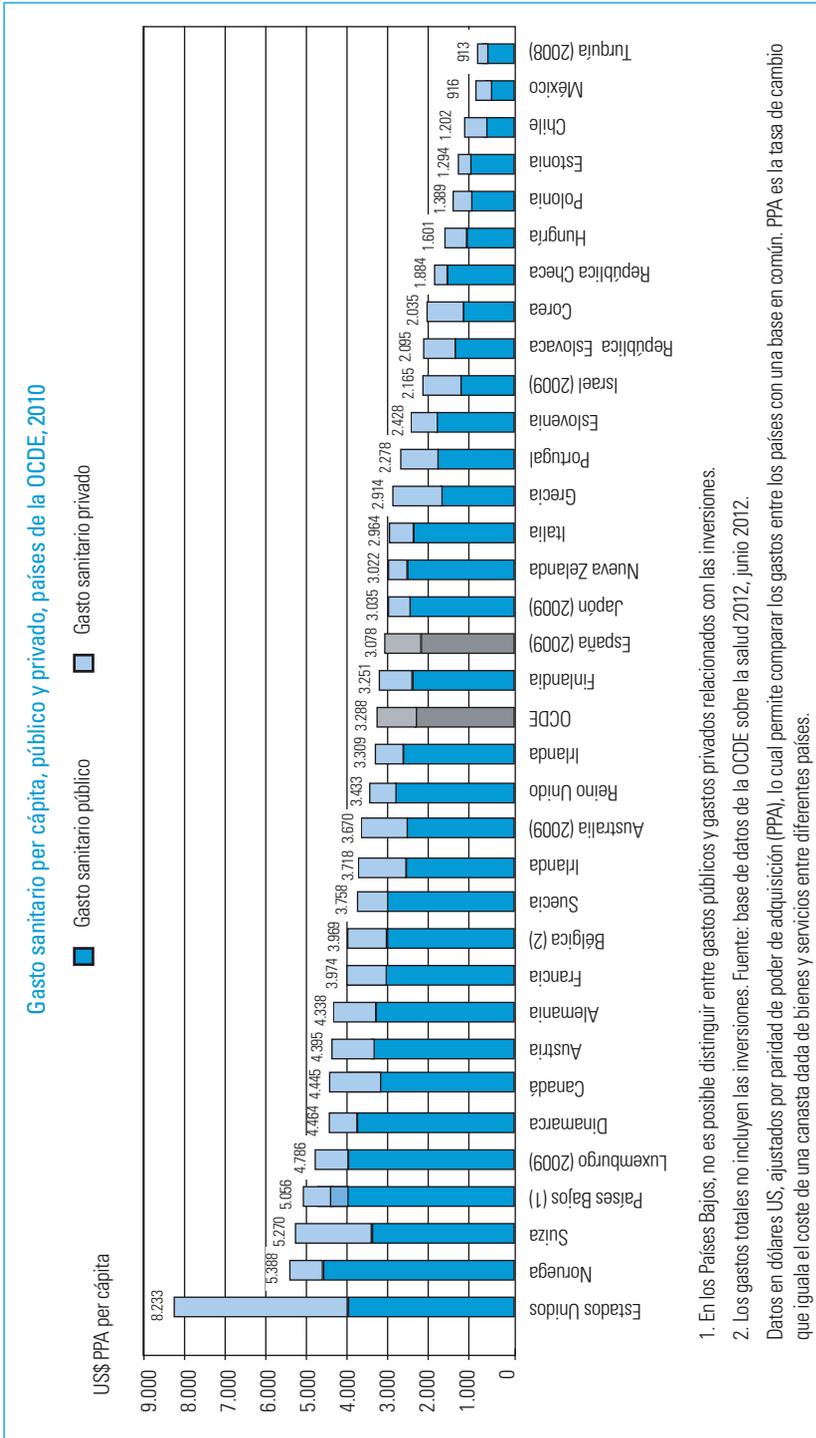
Es necesario profundizar más en el conocimiento de las variables explicativas del incremento del gasto sanitario. Así, un análisis reciente pone de manifiesto la inexistencia de evidencia empírica sólida acerca de que el envejecimiento de la población sea uno de los principales determinantes del crecimiento del gasto sanitario, mientras que factores como el progreso tecnológico -el más importante impulsor (*driver*) del gasto sanitario-, la cercanía a la muerte y la descentraliza-

Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2010



1. En los Países Bajos, no es posible distinguir entre gastos públicos y gastos privados relacionados con las inversiones.
 2. Los gastos totales no incluyen las inversiones. Fuente: base de datos de la OCDE sobre la salud 2012, junio 2012.
 Datos en dólares US, ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el coste de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

FIGURA 1.1.2. Gasto sanitario en los países de la OCDE (2010).
Fuente: OCDE 2012: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012. España en comparación.



1. En los Países Bajos, no es posible distinguir entre gastos públicos y gastos privados relacionados con las inversiones.

2. Los gastos totales no incluyen las inversiones. Fuente: base de datos de la OCDE sobre la salud 2012, junio 2012.

Datos en dólares US, ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el coste de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

FIGURA 1.1.2. Gasto sanitario en los países de la OCDE (2010) (continuación).
Fuente: OCDE 2012: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012. España en comparación.

ción territorial de la sanidad cobran cada vez mayor importancia en el desarrollo de modelos explicativos del gasto sanitario en España (12).

La tesis de la “enfermedad de los salarios”, expuesta por Baumol y Oates hace más de cuatro décadas (13), recientemente reafirmada (14), predice aumentos incesantes en el gasto en servicios personales como la sanidad, dada la falta de correspondencia entre la escasa elevación de la productividad propia de este tipo de servicios y los incrementos salariales. Los servicios personales tienen características que hacen difícil incrementar la productividad por ser intensivos en el factor trabajo -existe una relación muy estrecha entre cantidad de trabajo y calidad del producto- y por la dificultad que tiene sustituir trabajo por capital, o trabajo más cualificado por trabajo menos cualificado (este es un aspecto sobre el que nos detendremos más adelante al analizar los recursos humanos y su composición por categorías profesionales en España).

La importancia relativa de los salarios en el conjunto del coste de estos servicios es muy superior al de otros servicios no intensivos en trabajo que pueden ofrecer salarios más elevados sin incrementar los costes. Si los servicios sanitarios han de buscar sus trabajadores en los mismos mercados que el resto de industrias, habrán de pagar salarios cada vez mayores, pero, al crecer su productividad menos que los salarios, el coste por unidad de resultados aumentará incesantemente en el tiempo. Por tanto, la presión al alza de los costes sanitarios responde a las características tecnológicas de los servicios prestados y no necesariamente a una gestión deficiente (enfermedad de los costes). Por ello, concluye Baumol que si la provisión educativa y sanitaria han de ser públicas, hay que entender que las transferencias de renta al sector público han de ser crecientes.

La contención salarial se convierte en el principal mecanismo de control del gasto sanitario público, lo que explica en parte la diferencia de gasto sanitario en términos del PIB entre países con sistemas sanitarios integrados del tipo SNS y otros con sistemas de Seguridad Social en torno a 2 puntos. Pero no puede considerarse un instrumento de racionalización del gasto si afecta negativamente a la productividad. La teoría predice que, ante una pérdida relativa de salarios, los profesionales

sanitarios reaccionarán con comportamientos oportunistas, siempre a su alcance: generarán listas de espera, derivarán pacientes a actividad financiada mediante pago por acto (programas de autoconcertación), reducirán la actividad durante el tiempo de trabajo en el sector público, creando, además, malestar y aumentando el síndrome del trabajador quemado (*burn out*). Este es un resultado bien conocido de la economía de la salud que será analizado más adelante al estudiar la motivación de los profesionales, uno de los aspectos relevantes en nuestra propuesta de reformas.

Con ser un referente de comparación importante el gasto, sin embargo, ofrece una visión parcial, puesto que no indica qué obtenemos a cambio del mismo. ¿Cuál es el retorno de la inversión depositada en el sistema sanitario en términos de mejora de la salud y del bienestar de los ciudadanos? La esperanza de vida en España en 2010 era de 82,2 años, más de 2 años por encima del promedio en la OCDE (79,8 años) (15). Si esta variable fuera la medida exclusiva del resultado del esfuerzo sanitario, entonces el sistema sanitario español se mostraría como uno de los más eficientes del mundo, solo superado por Japón (83 años) y Suiza (82,6 años). Pero un indicador de salud tan amplio capta los efectos de muchos determinantes de la salud externos al sistema sanitario. Para poder medir la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto habrán de utilizarse indicadores más vulnerables a los servicios sanitarios como, por ejemplo, la mortalidad evitable (MIPSE, mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable). Pero carecemos de información suficiente de este indicador, aunque sí hay consenso sobre las enfermedades que lo integran (16).

1.1.2. Los recursos humanos

“España tiene una densidad de médicos por habitante más alta que la mayoría de los países de la OCDE. En el 2010, el número de doctores por cada 1.000 habitantes en España era de 3,8, por encima del promedio de los países de la OCDE, que era de 3.1. Sin embargo, con un promedio de 4,9 enfermeras por cada 1.000 habitantes, España queda muy por debajo del promedio de la OCDE, que es de 8,7” (10).

El desequilibrio comparativo en la composición de los recursos humanos sanitarios podría ser el resultado de la estructura contractual de

los recursos humanos del SNS. Aparentemente, los médicos estarían realizando mucha actividad que en otros países está asignada a las enfermeras. La estructura funcional del SNS, la importancia relativa del hospital y el sistema de guardias, que lleva a contratar más personal médico y que sirve para complementar unas retribuciones bajas comparativamente con las de otros países, y el escaso desarrollo de atribuciones al personal de enfermería, han de ser revisados en un proceso de reforma. En otro caso, tendremos que aceptar un SNS con médicos mal retribuidos, y probablemente poco motivados, y enfermeras y otros profesionales sin desempeñar el papel que les corresponde.

1.1.3. Evaluación de la situación de la sanidad española

La sanidad española se encuentra entre las primeras del mundo en el *ranking* de sistemas sanitarios (17). Ofrece cobertura prácticamente universal, gratuita en el momento de uso, a excepción de los medicamentos no hospitalarios, con un gasto sanitario comparativamente bajo (9,6% del PIB, 73,6% público), con una esperanza de vida de las más altas del mundo y una mortalidad infantil de las más bajas, con tasas de donación y trasplante de órganos de las más elevadas, una satisfacción elevada del ciudadano con el sistema sanitario, etc.

En la edición del Barómetro Sanitario del año 2011 que realiza el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), los resultados obtenidos revelan que la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público no ha dejado de aumentar (de 6,14 en 2005 a 6,59 en 2011, en una escala de 1 a 10). Valoran favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español, ya que el 73,1% (el 73,9% en 2010, su valor más elevado desde 2005) consideran que funciona bastante bien o bien, aunque precisaría algunos cambios. Además, por primera vez en la edición de 2010, la proporción de ciudadanos que consideran que el sistema funciona bastante bien supera a la de quienes manifiestan que aunque el sistema funcione se deberían introducir cambios fundamentales. Por último, tanto la proporción de personas que consideran que son necesarios cambios fundamentales (21,9%), como la de quienes manifiestan su descontento y reclaman que el sistema se rehaga por completo (4,1%) han crecido ligeramente en 2011, y en 2010 se han dado los porcentajes más bajos desde hacía 6 años.

Pero, por otra parte, los ciudadanos piensan que se hace un uso inadecuado de las prestaciones sanitarias públicas: el 41,2% considera que se hace un uso innecesario, el 29,6% que se hace un uso abusivo y solo un 21% piensa que se hace un uso adecuado y un 2,6% que el uso es insuficiente. Obtiene una puntuación muy baja la valoración de la información que facilitan los servicios sanitarios públicos a los ciudadanos en campañas dirigidas a informar sobre problemas de salud, trámites para ir al especialista o ingresar en un hospital, servicios que prestan, medidas o leyes que adoptan y sobre derechos y vías de reclamación (18).

Esta visión básicamente optimista desde la óptica de los ciudadanos oculta, sin embargo, problemas importantes de inequidad e ineficiencia. La mortalidad presenta diferencias geográficas notables; en la atención sanitaria se observan importantes variaciones en la práctica médica no explicadas por las diferencias en morbilidad sino por las diferencias en la oferta; el gasto sanitario crece por encima de lo presupuestado generando deuda históricamente; no hay incentivos para el comportamiento eficiente de los agentes; no existe un mecanismo reglado de determinación de prioridades, etc.

Estas son algunas de las holguras de ineficiencia detectadas en España: la eficiencia no es una prioridad; la presión asistencial se resuelve parcheando (autoconcertación); la actividad profesional no se incentiva adecuadamente, y la carrera profesional no discrimina según esfuerzo; las necesidades organizativas se resuelven con gestores-comisarios políticos, no con profesionales de la gestión; el exceso de demanda (azar moral) se aborda con tiempos de espera y racionamiento indiscriminado, produciendo insatisfacción sin éxito; la descoordinación asistencial entre Atención Primaria y Especializada y con los servicios sociales es la norma.

El reto para el SNS, con un coste de oportunidad creciente en los presupuestos públicos, es lograr la suficiencia financiera en un entorno de control férreo del déficit como el aprobado en los países europeos a medio plazo. La restricción presupuestaria impedirá hacer frente a nuevas necesidades de gasto en ausencia de un crecimiento económico sostenido e incluso en condiciones económicas favorables. Hay que buscar nuevas fuentes de financiación en el ámbito de los ingresos públicos y/o en la participación de los usuarios de los servicios, e introducir mejoras en la eficiencia que permitan producir más salud a menor coste (19).

1.2. LAS REGLAS DEL JUEGO. LOS PRINCIPIOS DE UN BUEN SISTEMA SANITARIO

Un sistema sanitario estable ha de hallarse sólidamente anclado en ciertos valores que lo definen (20, 21). El diseño del sistema sanitario futuro ha de buscar un fundamento normativo común a todos los agentes. Daniels, Light y Caplan (22) propusieron unos criterios con la idea de desarrollar un *benchmarking* de lo que se considera un sistema sanitario justo, a partir de una fundamentación ética: el *principio de igualdad de oportunidades*. La idea de igualdad en las oportunidades ha recibido gran atención en la literatura teórica sobre equidad y justicia distributiva (23-25). Aplicada al contexto de la salud, esta idea puede expresarse así: los ciudadanos deben tener iguales oportunidades para alcanzar similares niveles de salud, lo cual implica que las desigualdades que deben ser corregidas son las de dotaciones iniciales o recursos de los que cada agente vaya a disponer, aun cuando el nivel de salud final alcanzado pueda ser diferente, según el grado de eficiencia con la que opere el agente en la gestión de los recursos bajo su control. Los mecanismos de financiación territorial sanitaria en España están fundados en este criterio.

El atractivo de este enfoque está en el respeto a la libertad individual de los agentes -la soberanía individual es un valor básico en nuestra sociedad-, quienes se responsabilizan de su propia salud. Sin embargo, no es fácil hacer operativo el principio. La pobreza, por ejemplo, conduce a la enfermedad por múltiples vías, de manera que las personas con menor capacidad económica son menos competentes para alcanzar ciertos niveles de salud, algo que reflejan sistemáticamente las estadísticas de desigualdades socioeconómicas en salud. Además, su aplicación

requiere ser consistentes con el acuerdo *ex ante* de dotar de capacidad a los individuos para que gestionen su salud. Pero nuestras sociedades normalmente exhiben altruismo *ex post*, es decir, nuestros servicios sanitarios atienden también a quienes no han gestionado debidamente su salud -hábitos de vida insanos, asunción excesiva de riesgos, etc.- en pie de igualdad con los demás. La corresponsabilidad de los ciudadanos con su propia salud, algo hoy reclamado por todos los sistemas sanitarios, es un corolario de este principio. Aquí puede surgir un argumento para contemplar la responsabilidad financiera de algunos agentes al acceder a los servicios sanitarios públicos a tenor de los riesgos autogenerados.

Un enfoque alternativo es la *igualdad de bienestar*, que propugna eliminar las diferencias en el estado de salud, que es el resultado final del proceso de producción de los servicios sanitarios. Se trataría de lograr los mismos valores de los indicadores de salud para todas las personas o comunidades, por ejemplo, entre CC. AA. En este caso, se requiere conocer la función de producción de salud para diseñar políticas que corrijan las desigualdades de salud.

Una versión más acotada de esta idea consiste en corregir o aliviar las *desigualdades evitables* en salud, es decir, las vulnerables a la acción. Esta se ha convertido en el objetivo de algunos gobiernos de los países más avanzados como el Reino Unido, una vez comprobada la persistencia de desigualdades en salud entre diferentes grupos sociales, tras varias décadas de acceso universal a los servicios sanitarios y de aplicar fórmulas de reparto financiero con ajustes poblacionales según necesidad relativa (26). El fondo creado con este fin (*the Health Inequalities Adjustment*) utiliza como base de reparto la variable índice de años potenciales de vida perdidos (IAPVP) por determinadas causas de mortalidad consideradas prioritarias en su plan estratégico. Esta es una buena reflexión para España, que mantiene grandes diferencias territoriales en materia de salud. Los mecanismos de financiación deberían contemplar la posibilidad de actuar directamente sobre situaciones de desigualdad en salud evitables.

La atención sanitaria tiene como función mantener a los individuos en un estado funcional lo más normal posible. La disfunción provocada por la enfermedad restringe el acceso a las oportunidades de la vida. La

atención sanitaria, al salvaguardar nuestra capacidad funcional, protege nuestras oportunidades. De ahí surge la obligación de hacer de la sanidad un servicio accesible a todos. Este es probablemente el fundamento ético que justifica la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria pública en España y en la mayoría de los países desarrollados.

Así pues, la protección de la salud como un derecho constitucional, y no como un privilegio, hunde sus raíces en el principio de igualdad de oportunidades. Estamos obligados a proveer la atención sanitaria a quien la necesita para proteger la igualdad de oportunidades para obtener el éxito, dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como su raza, género, religión, edad o estado de incapacidad (27). Podemos así, caracterizar un buen sistema sanitario en relación con su capacidad para satisfacer el principio mencionado. Las características siguientes pueden servir de guía para la valoración de nuestro sistema sanitario.

1.2.1. Acceso universal

Un buen sistema sanitario debe hacer accesible un conjunto razonable de servicios sanitarios efectivos y necesarios para todos, independientemente de las condiciones específicas de salud, grado de riesgo o capacidad de pago. Ello implica la inclusión universal en algún esquema asegurador cuyas características son la obligatoriedad y la independencia del estado ocupacional, de manera que se garantice la continuidad asistencial temporal.

Estas características se encuentran bien argumentadas en la literatura económica por problemas de selección adversa (28, 29) y han sido asumidas por la inmensa mayoría de los países desarrollados, y recientemente por EE. UU. (aseguramiento obligatorio), y en España desde la Ley General de Sanidad de 1986 y recientemente por la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que estableció la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles “residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico”.

Sin embargo, el Real Decreto Ley 16/2012 (30) regula de nuevo la condición de asegurado volviendo al antiguo criterio de Seguridad Social

(trabajador cotizante o pensionista y sus beneficiarios) restringiendo la cobertura personal. El Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto (31), concreta las condiciones de persona asegurada y de beneficiaria de esta a efectos del derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (SNS). Establece un nivel de ingresos anual de 100.000 euros por debajo del cual los residentes con nacionalidad española tendrán garantizado el derecho de acceso a la asistencia sanitaria pública aunque no satisfagan los requisitos de afiliación mencionados. Para los no asegurados, se establecen unas primas aseguradoras en función de la edad. Este cambio hacia la universalización incompleta ha sido visto por analistas del sistema como un ataque al modelo universal (3-5). Algunos colectivos hasta ahora cubiertos (inmigrantes ilegales) sin medios económicos para hacer frente a la prima aseguradora han quedado fuera, lo que ha generado reacciones de sorpresa y disgusto en medios profesionales sanitarios y sociales.

Ciertamente, el debate sobre la naturaleza de la prestación sanitaria en España pudo haber quedado cerrado en falso en los acuerdos de financiación autonómica de 2001 y la legislación que los recogió. La interpretación de las condiciones de acceso como asegurado pertenecen al ámbito jurídico y han sido objeto de debate durante mucho tiempo (32-36). La posición doctrinal mayoritaria apuesta por la universalización sustentada en el artículo 43 de la Constitución (CE). Pero, tras el acuerdo de 2001 del CPFF sobre financiación territorial, quedó clara la posición del legislador de anclar el derecho en el artículo 41 de la CE (SS) como una prestación no contributiva de la Seguridad Social (SS), modificando el artículo 86 de la Ley de la SS. Sobre los potenciales efectos de esta decisión sobre la centralización de las decisiones en materia de sanidad y la pérdida de autonomía de las regiones en esta materia también se habló ampliamente entonces (37).

1.2.2. Minimización de barreras de acceso a la asistencia sanitaria

Hay cinco ejes del acceso como interpretación de la equidad en sanidad que deberían satisfacerse conjuntamente para garantizar el precepto de la Ley General de Salud (LGS) de acceso a la sanidad pública en condiciones de igualdad efectiva: acceso físico, es decir, recursos apropiados donde se necesitan y accesibles a los que los necesitan (compete a las

CC. AA. la distribución física de los recursos); acceso legal, garantizando normativamente el derecho a la asistencia sanitaria pública (sirva lo ya comentado para España); acceso financiero, teniendo en cuenta que la gratuidad no implica coste cero para el usuario y que puede haber variables que afectan al coste: desplazamiento a la asistencia, participación en el pago de los medicamentos, y que generan desigualdad de acceso; acceso cultural, es decir, facilitar la utilización a la gente de diferente cultura, lengua y extracción social, una barrera presente en España hoy tras la inmigración masiva reciente; y acceso a la calidad, que requiere minimizar las variaciones en la práctica médica (VPM) no explicadas por las diferencias en morbilidad que puedan llevar a diferente potencial de salud. Cuanto más comprensivo y uniforme en la calidad, más justo será el sistema sanitario.

Consideramos que el acceso a una calidad similar inter- e intrarregional es uno de los objetivos del futuro inmediato en la política de equidad territorial en España, cuyo garante es el Gobierno central en un sistema descentralizado.

1.2.3. Prestaciones comprensivas y uniformes

Acceso equitativo a un conjunto apropiado de servicios sanitarios, sin restricciones en las prestaciones ni en su calidad. La igualdad de oportunidades no exige, sin embargo, unas prestaciones ilimitadas, que podrían estimular comportamientos de azar moral en los ciudadanos y posibilitar atenciones no efectivas, pues existen otros bienes sociales que se orientan al mismo fin (educación, etc.) que compiten por los fondos financieros. Lo que resulta imperativo es la delimitación explícita de las prestaciones y hacerla de manera controlable públicamente. La cartera común de servicios aprobada en España en el Real Decreto Ley 16/2012, que actualiza la cartera de servicios del SNS establecida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS (38), establece 3 modalidades básicas de servicios: básica, cubierta enteramente por la financiación pública, suplementaria, sujeta a aportación del usuario y accesoria o no esencial, sujeta a aportación y/o reembolso del usuario. Además, se regula la cartera de servicios complementarios de las CC. AA., financiada con cargo a los recursos cada una de ellas, una vez garantizada la cobertura de la cartera común y garantizada la suficiencia financiera y el cumplimiento de los criterios de estabilidad financiera.

La necesidad de evitar los problemas de azar moral sugiere la introducción de mecanismos de racionamiento en forma de precios, listas de espera o de límites a la cantidad. Los sistemas sanitarios públicos tienden a utilizar poco los primeros para no generar problemas de acceso, mucho los segundos, creando insatisfacción y, hasta ahora, profusa pero implícitamente, los terceros. Hoy se reconoce la necesidad de establecer las prioridades más explícitamente mediante la definición y ordenación de las prestaciones (paquete asistencial) reconocidas como derecho a los ciudadanos.

Los criterios de inclusión en el paquete asistencial habrían de valorarse por su contribución relativa a la protección de la igualdad de oportunidades (p. ej., categorías completas de servicios: prevención, asistencia domiciliaria, servicios de salud mental, que pueden afectar al grado funcional). El criterio de la eficiencia contribuye a este objetivo, al ordenar prioridades en función de la efectividad y el coste de las prestaciones. Las prestaciones ineficientes no pueden contribuir a la igualdad de oportunidades.

Como criterios de exclusión se contemplarían la ausencia de necesidad -siempre pendiente la difícil cuestión de quién la define- y la ausencia de, o no probada, efectividad. El problema de los servicios no provistos en el paquete asistencial es que puede acentuar la distribución desigual de la enfermedad y de la renta entre las clases sociales: los pobres están más enfermos y los más enfermos más pobres. Es un problema de selección de riesgos. Respecto a la asistencia suplementaria, cuanto más extensa sea, mayor discriminación habrá en el sistema.

1.2.4. Financiación equitativa: contribuciones generales, separadas de riesgos, según capacidad de pago

La idea de la financiación sanitaria según la *capacidad de pago* encuentra su justificación teórica en las teorías más conocidas de la justicia (39). La alternativa a la capacidad de pago es el *principio del beneficio*, que hace recaer el peso de la financiación sobre quien se beneficia de la asistencia.

El riesgo individual no puede ser la base de la financiación sanitaria. En un sistema sanitario de financiación pública como el SNS, en cada momento los más sanos financian a los más enfermos. No se debería

cargar el coste sobre los más enfermos, lo que sugiere la minimización de franquicias, copagos, periodos de carencia, etc.

El copago puede ser eficiente como instrumento para combatir el azar moral en servicios de demanda elástica, y para ampliar los ingresos financieros en servicios de demanda inelástica. La idea de introducir el copago como estrategia de contención de costes podría resultar injusta, al desplazar costes de sanos a enfermos (*cost shifting*), e ineficiente, si pospone la utilización de los servicios impidiendo la prevención y la detección precoz, o si se establece sobre servicios de demanda-precio inelástica.

Una revisión de estos y otros argumentos sobre participación del pago de los servicios en España (40, 41) sugiere las siguientes recomendaciones: 1) Modificar el diseño del copago farmacéutico incluyendo los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria. 2) Introducir un copago fijo en las visitas y en las urgencias. 3) Introducir tasas por servicios complementarios cubiertos y precios públicos por prestaciones actualmente no cubiertas. 4) Modular los copagos en función de criterios clínicos y de coste-efectividad. 5) Implementar mecanismos de protección de los más débiles económicamente y los más enfermos, con establecimiento de límites máximos y exenciones en función de la renta y del estado de salud. El criterio es que el copago y otras formas de contribución no deben empobrecer al paciente.

Las propuestas de introducir impuestos finalistas para incrementar la financiación sanitaria, sugeridas por algunos en España y EE. UU. mediante la utilización de impuestos “al pecado” (*sin taxes*) o a los hábitos no saludables (tasa sobre la grasa, tasa sobre bebidas azucaradas...), pueden ser una fuente adicional de recursos financieros, aunque también pueden ser injustas desde la perspectiva de la igualdad de oportunidades con responsabilidad (42, 24), si no se distingue, en los denominados riesgos autocreados, entre decisiones libres e informadas y otras. Por ejemplo, el hábito de fumar es usual entre personas de categoría socioeconómica baja y menos frecuente en otras categorías sociales más receptivas a mensajes de educación sanitaria porque su nivel educativo les ha hecho más competentes para ello. No se debería penalizar el consumo de tabaco indiscriminadamente, y sí contemplar las diferencias en la responsabilidad mediante los ajustes necesarios.

1.2.5. Eficiencia

No es ético derrochar recursos que podrían lograr más. Un sistema sanitario será mejor si establece mecanismos para minimizar los factores de riesgo, la incidencia de la enfermedad y los accidentes (prevención y promoción) y, en caso de ocurrencia, su tratamiento más coste-efectivo. Este es el foco de las propuestas de incorporación sistemática de los principios de la evaluación de tecnologías sanitarias (*Health Technology Assessment*) y de la Medicina Basada en la Evidencia (*Evidence-based Medicine*) (43, 44) a las decisiones clínicas. La evaluación económica de servicios han de hacerla agencias independientes de evaluación y mediante procesos abiertos, democráticos, de toma de decisiones.

La determinación de prioridades precisa de criterios explícitos. El análisis comparado destaca como criterios de determinación de prioridades de intervenciones consideradas necesarias la efectividad, la relación coste-efectividad y la relevancia para el sistema sanitario público. España no ha desarrollado un mecanismo explícito de ordenación de criterios para la determinación de prioridades en las decisiones sanitarias. Los criterios de efectividad y eficiencia, sin embargo, han pasado a ser lugar común en la regulación de la actividad sanitaria sujeta a priorización. Recientemente, en la elaboración del contenido de la cartera de servicios (Real Decreto Ley 16/2012) se dice que se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.

Las implicaciones de una atención sanitaria basada en algún mecanismo de determinación de prioridades son múltiples. Requieren perfeccionar los sistemas de información sobre efectividad de los procedimientos, homologar criterios de actuación mediante la elaboración de guías de práctica clínica y profundizar en la evaluación de tecnologías sanitarias. Afecta, además, a los derechos ciudadanos. No todo lo que existe y es autorizado públicamente debe ser financiado también públicamente. En consecuencia, define un área dejada a la responsabilidad individual.

1.2.6. Comparabilidad

La atención sanitaria ha de compararse con otros servicios públicos con elevado impacto sobre la igualdad de oportunidades, como la educación, y con otros servicios que protegen nuestra libertad, como la defensa y la justicia. Un presupuesto sanitario global ayuda a establecer la comparación con el esfuerzo en otros servicios. En principio, no hay un nivel deseable de gasto sanitario para un país. La organización del sistema es más relevante que una cifra concreta de porcentaje del PIB.

1.2.7. Libertad de elección por parte del consumidor

Un sistema sanitario es mejor si respeta más la elección autónoma e informada de los individuos. La libertad de elección añade valor en sí misma. La mejora en la capacidad de elección es garantía de mayor eficiencia y calidad de los servicios. En tal sentido, se requiere una buena información al consumidor para facilitar el ejercicio de la elección. Este criterio, como los anteriores, puede entrar en conflicto con otros. Así, la elección de planes de seguro de diferente contenido prestacional puede afectar negativamente a la igualdad de acceso.

1.3. ESCENARIO DE LA SANIDAD EN ESPAÑA EN 2020

El horizonte 2020 está próximo. No parece probable que se haya abierto un debate hacia un modelo de competencia entre compradores -aseguradoras- en un plazo de tiempo tan breve para un cambio tan drástico lo que, además, tampoco está en los programas políticos. Por eso nos centraremos en la visión de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que al final de la década ha evolucionado hacia la sostenibilidad a largo plazo manteniendo su estructura actual de financiación y producción mayoritariamente públicas.

3.1.1. Visión 2020

A finales de la década el SNS ha logrado eliminar buena parte de las holguras de ineficiencia sin afectar a los pilares básicos de equidad en el acceso en que se asienta. La salud es la guía fundamental del sistema. Existe una estrategia de salud que define los objetivos de salud para la sociedad y establece las prioridades explícitamente. El SNS mantiene su estructura jurídica actual, descentralizada, con servicios regionales de salud autonómicos que adoptan formas jurídicas diversas, desde organismos autónomos hasta entes públicos de derecho privado, pero con una tendencia hacia una menor presencia del derecho público en la contratación de personas y bienes, con un mecanismo de coordinación, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que ha ampliado sus competencias.

Hay una mayor colaboración del sector privado, con más espacio para la concertación. Los criterios de buen gobierno se han extendido por la red sanitaria. La estructura funcional del SNS se basa en la Atención Primaria de salud, que sigue siendo la puerta de entrada al sistema, que ha

desarrollado nuevas formas de organización, con una mayor asunción de competencias de derivación e incluso de compra de servicios especializados, con una extensión de formas de trabajo en equipo (cooperativas, entidades de base asociativa...) que manejan presupuestos globales prospectivos y se alejan de la estructura estatutaria en los contratos de los profesionales hacia fórmulas de cooperación. Los hospitales han desarrollado sistemas de gestión clínica avanzados. Hay una mayor integración vertical de la asistencia sanitaria. El modelo asistencial de crónicos ha ido sustituyendo al tradicional de agudos, con cambios organizativos que redistribuyen la actividad entre profesionales sanitarios, con un papel mayor de la enfermería. La cartera de prestaciones está bien definida y es bien conocida por los ciudadanos. La planificación sanitaria sigue criterios de coste-efectividad, con la preservación y mejora de la salud como resultado perseguido, ampliando la perspectiva de lo que añade valor a la sanidad. Los profesionales sanitarios realizan la gestión clínica de sus unidades en un entorno de mayores márgenes para la decisión, con retribuciones mejores y mecanismos de incentivos monetarios y no monetarios. Los ciudadanos se responsabilizan de su salud y colaboran con el sistema sanitario teniendo incentivos para ello. Mantiene un control sobre el crecimiento del gasto que le sitúa alineado con los sistemas del tipo SNS, es decir, no se plantea un cambio significativo en el presupuesto sanitario en términos del PIB.

Las claves de esta evolución podrían encontrarse en el grado de implicación de los ciudadanos en su sistema sanitario. Nuestro escenario preferido es el de una implicación muy superior a la actual en todos los ámbitos: responsabilidad individual de la propia salud, participación ciudadana en la gestión sanitaria, y colaboración con los profesionales sanitarios y con los responsables de la planificación sanitaria.

La restricción financiera, no obstante, puede comprometer seriamente el proceso de reforma. El Gobierno de España ha planteado una reducción en el gasto sanitario público para la legislatura de 7.200 millones de euros, algo más del 7%. A su vez, las proyecciones a largo plazo sobre sostenibilidad de las finanzas públicas asociadas al envejecimiento de la población (Programa de Estabilidad del Reino de España 2012-2015) prevén un crecimiento del gasto sanitario público al ritmo del PIB, estabilizándose en el 6,5% del PIB a lo largo de toda la década, hasta el

año 2020. Como las previsiones de crecimiento del PIB de los próximos años 2014 y 2015 son del 1,4 y 1,8, respectivamente, ello significaría un crecimiento sostenido del gasto sanitario público en la segunda parte de la década de más de un 2%, a costa de un menor crecimiento en otras áreas del sector público, si bien ello dependerá del ritmo de crecimiento de la economía, algo hoy muy incierto. No parece, por tanto, claro que podamos establecer escenarios financieros en este momento. Quizás debamos plantear como escenario alternativo la congelación del gasto sanitario público a los niveles resultantes de la reducción establecida para la legislatura actual. En tal caso, la situación se haría difícilmente sostenible para la estructura actual del sistema sanitario público. En este escenario, la acción sobre los ingresos públicos y sobre la productividad del sistema sanitario público se hace imperativa. Además, habría que revisar la cartera de servicios básica.

En las páginas que siguen tratamos de desarrollar esta visión en detalle en los aspectos de financiación, coordinación sanitaria, oferta y demanda sanitarias, los modelos de asistencia, los ciudadanos en el SNS, la organización sanitaria, los profesionales sanitarios, y la evaluación económica de las tecnologías sanitarias. Se trata de ofrecer un enfoque económico poniendo el énfasis en las actuaciones necesarias para alcanzar los objetivos descritos en la visión del SNS para 2020.

1.4. LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

1.4.1. La financiación sanitaria en los años 2012-2020

Como hemos visto, la financiación pública sanitaria en los próximos años está sometida a la incertidumbre sobre los resultados de la crisis financiera. La situación actual condicionará las previsiones de futuro crecimiento del presupuesto sanitario público. Los dos escenarios extremos son la reducción del gasto sanitario público que se está produciendo al comienzo de la década y la evolución al ritmo del PIB, un objetivo siempre pretendido en los diferentes acuerdos de financiación sanitaria de los últimos 20 años en España, pero siempre superado.

La cuestión de la financiación de la sanidad pública en España puede verse como un problema de reparto entre los agentes a diferentes niveles de gobierno, que ha de satisfacer los criterios de suficiencia, equidad y autonomía. La asignación de recursos financieros correctamente diseñada es un mecanismo de incentivos que puede contribuir a la mejora de la eficiencia. Analizamos aquí la cuestión de la financiación territorial, la financiación de centros y servicios y la participación de los ciudadanos en la financiación sanitaria.

1.4.2. La financiación territorial sanitaria

En la financiación territorial sanitaria los dos aspectos relevantes son la corresponsabilidad fiscal y la estimación de la necesidad relativa. La primera ha ido aumentando en los modelos de financiación que se han venido aprobando en los últimos años con la cesión de tributos y de la capacidad normativa a las CC. AA.

En la determinación de la necesidad relativa, es destacable la heterogeneidad de las variables de ajuste a la población en cada uno de los

Estatutos de Autonomía de las CC. AA. ya reformados, lo que añade dificultades para su estimación.

Así, en Cataluña se establecen los costes diferenciales y variables demográficas, en particular, un factor de corrección que será en función del porcentaje de población inmigrante, además de la densidad de población, la dimensión de los núcleos urbanos y la población en situación de exclusión social.

En Andalucía, el principio de la suficiencia financiera se establece atendiendo fundamentalmente a la población real efectiva y, en su caso, protegida, y su evolución, así como otras circunstancias que pudieran influir en el coste de los servicios que se presten.

El Estatuto de Aragón establece que se atenderá a su estructura territorial y poblacional, especialmente el envejecimiento, la dispersión, y la baja densidad de población, así como los desequilibrios territoriales. En las Islas Baleares, los principios de solidaridad, equidad y suficiencia financiera, se aplicarán atendiendo al reconocimiento específico del hecho diferencial de la insularidad, para garantizar el equilibrio territorial, y a la población real efectiva, así como a su evolución. Y, en Castilla y León, para determinar la financiación que corresponde a la Comunidad se ponderarán adecuadamente los factores de extensión territorial, dispersión, baja densidad y envejecimiento de la población de la Comunidad. Con esta dispersión de variables es difícil encontrar una medida de necesidad relativa que logre el consenso.

1.4.3. El modelo de financiación territorial

El Consejo de Política Fiscal y Financiera alcanzó finalmente un acuerdo para la reforma del sistema de financiación de las CC. AA. en julio de 2009 que dio lugar al modelo actualmente vigente (Ley 22/2009) (45). El nuevo sistema se orienta hacia el criterio de necesidad, perfeccionándolo mediante una mejor adecuación de la financiación a las necesidades reales de gasto, revisando los criterios de ajuste de la población. Aumenta, además, la autonomía y la corresponsabilidad fiscal, considera explícitamente la nivelación de los servicios públicos fundamentales y crea fondos específicos para la convergencia real entre las CC. AA.

Aunque no es posible hacer una valoración completa del nuevo sistema en el breve periodo de aplicación transcurrido, un repaso a sus elementos estructurales permite observar los cambios en el diseño que introduce en relación con el modelo anterior. Estos se resumen en seis:

- Ampliación de la participación de las CC. AA. en los tributos cedidos.
- Garantía de igual financiación por unidad de necesidad o habitante ajustado, para los servicios públicos fundamentales, mediante el Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales, que se calcula anualmente de acuerdo con la evolución de los recursos y las necesidades de los ciudadanos.
- Suficiencia global y respeto *al statu quo* en la financiación de todas las competencias que han sido transferidas mediante el Fondo de Suficiencia Global.
- Incorporación por parte del Estado de recursos adicionales para la mejora de las prestaciones del estado de bienestar por las CC. AA. en el marco de la estabilidad presupuestaria.
- Convergencia en la financiación de las necesidades de los ciudadanos independientemente de su comunidad autónoma de residencia, al tiempo que se incentiva la autonomía, el desarrollo económico y la capacidad fiscal en todas y cada una de las CC. AA. mediante los fondos de convergencia autonómica: el Fondo de Competitividad y el Fondo de Cooperación.
- Los requerimientos de estabilidad macroeconómica y presupuestaria exigen que los recursos y fondos adicionales deban compatibilizarse con los objetivos de estabilidad.

1.4.3.1. Una primera valoración del modelo de financiación

La reforma se asienta sobre el modelo de 2001 a partir de una actualización a 2007 de la restricción inicial. El espacio fiscal de las CC. AA. se amplía notablemente y se dota de mayor capacidad normativa respecto de los tributos cedidos.

La autonomía se incrementa en tres aspectos: cuantitativo, en competencias normativas y en participación en la gestión tributaria. Cuantitativamente, se amplía el espacio fiscal de las CC. AA., elevándose al 50% la cesión a las mismas del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF) (antes el 33%), y en el impuesto sobre el valor añadido (IVA) (an-

tes el 35%), y al 58% en los impuestos especiales de fabricación (antes el 40%). Con esta ampliación, el peso de los recursos tributarios en el global de la financiación de las CC. AA. se eleva al 90%, un aumento de 20 puntos porcentuales. Además, el peso de los impuestos en los que las CC. AA. tienen competencias normativas aumentará por encima del 50% del total de sus recursos.

Se incrementan las competencias normativas en los tributos cedidos parcialmente: en el IRPF (mínimos personales y familiares, escala autonómica, deducciones de la cuota). En el IVA y los impuestos especiales el Gobierno se compromete a hacer el esfuerzo necesario para que las CC. AA. puedan también participar en las operaciones destinadas directamente a los consumidores finales.

En la participación en la gestión tributaria se refuerza la colaboración entre administraciones tributarias de las CC. AA. y la Agencia Estatal de Administración Tributaria (fomento de canales de información para la lucha contra el fraude...).

Respecto a la financiación de las competencias transferidas, que el modelo de 2001 mantuvo separada en tres bloques -servicios comunes, sanidad y servicios sociales-, con ponderaciones de la población diferentes en cada bloque para estimar la necesidad relativa, se modifica en el nuevo modelo, al integrarse las ponderaciones y las variables no poblacionales en una noción única de población ajustada o unidad de necesidad. Habrá que analizar la influencia de esas ponderaciones, pues podrían compensarse algunas entre sí de manera que estemos más cerca de la variable población protegida que lo que el modelo parece pretender. No obstante, el nuevo sistema introduce cambios en la estimación de la necesidad relativa más fundados y acordes con algunos de los resultados de trabajos recientes (46).

El nuevo sistema opta por la garantía de igualdad en la financiación de los servicios públicos fundamentales. Aunque inicialmente el acuerdo no concreta cuáles son los servicios públicos fundamentales cuya necesidad haya de cubrirse, en la revisión del tratamiento de la población como variable y en las ponderaciones de los diferentes grupos etarios, se justifican las relativas a la población de 0 a 16 años y mayores de 65 para

mejor representación de las necesidades de gasto en materia de educación y servicios sociales, respectivamente, y la población protegida equivalente, con 7 grupos de edad, para representar mejor las necesidades de gasto en sanidad. En consecuencia, se amplía a los servicios sociales la consideración de servicios públicos fundamentales, que anteriormente eran educación y sanidad.

Entendemos que el sistema interpreta el objetivo de equidad como “igualdad de oportunidades para el bienestar (salud)”, al garantizar la igualdad en la financiación para los servicios públicos fundamentales para igual necesidad, que las CC. AA. deberán hacer efectivo con la gestión eficiente de los mismos. Esto otorga a las CC. AA. una responsabilidad en la gestión de los servicios a sus ciudadanos que puede producir resultados diferentes en la salud según se gestionen.

El objetivo de equidad se define también como convergencia entre CC. AA. en la financiación de las necesidades independientemente de la comunidad de residencia. Requiere, a su vez, reducir las diferencias actuales en la financiación por unidad de necesidad. Se crean para ello dos fondos de convergencia autonómica: el Fondo de Competitividad, que tendrá en cuenta la capacidad y el ejercicio de las competencias normativas de las CC. AA. desincentivando en lo posible la competencia fiscal a la baja, y que se repartirá anualmente entre las CC. AA. con financiación per cápita inferior a la media o a su capacidad fiscal; y el Fondo de Cooperación, complementario al sistema, que tiene como objetivo la convergencia en los niveles de vida de los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia, que se destinará a las CC. AA. de menor renta y a las que registren una dinámica poblacional especialmente negativa. Los fondos de convergencia vienen a posibilitar la incorporación de variables exógenas de necesidad no contempladas en el sistema y, por tanto, son complementarios al mismo. Conceptualmente, sin embargo, podrían desvirtuar el sistema, cuyo diseño debería reducir al mínimo la necesidad de fondos adicionales, limitándola a situaciones excepcionales.

La actualización de la restricción inicial y la incorporación de elementos dinámicos es una fortaleza del nuevo sistema. La actualización anual de las variables de necesidad y la revisión quinquenal de los elementos

estructurales del sistema son una garantía adicional para la estabilidad del mismo.

El resultado del funcionamiento del modelo hasta ahora está muy condicionado por la enorme brecha entre el gasto y el ingreso público provocada por la crisis financiera. La suficiencia anterior, posibilitada por las diferencias positivas entre la recaudación real y la normativa, muy ligadas a los tributos cedidos relacionados con el sector inmobiliario, ha sido sustituida por una insuficiencia financiera que amenaza la sostenibilidad del sistema sanitario público, que incrementa la deuda de las CC. AA. a los proveedores sanitarios, sin haber logrado terminar con las disparidades injustificadas en la financiación por unidad de necesidad que, en algunos casos, se han visto aumentadas (47).

1.4.4. Financiación de proveedores

En la definición de los modelos de financiación a proveedores, centros y profesionales hay que destacar: el grado de agrupamiento de actividades y servicios, si el pago es prospectivo o retrospectivo, y la manera de reflejar mejor los resultados del proveedor (48).

En el caso de los hospitales, la historia ha llevado desde los pagos retrospectivos a los presupuestos globales prospectivos con objetivos de actividad mediante la firma de contratos-programa o contratos de gestión. Posteriormente, hay una tendencia a sustituir los presupuestos globales prospectivos por pagos prospectivos basados en Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Este método captura la composición de la actividad (*case-mix*), aunque puede generar incentivos perversos, como la tendencia a aumentar el número y complejidad de GRD, produciéndose menos casos por GRD y, en consecuencia, una dificultad adicional para fijar precios estables año a año. No favorece la coordinación entre niveles asistenciales ni el control de costes del hospital.

En un modelo integrado de atención como el que se propugna en este trabajo, el pago por caso o episodio de asistencia (*episode-based payment*) podría ser un sistema de financiación adecuado. Permite pagar por el valor añadido por la asistencia. Cubre los costes de todo el proceso asistencial a un paciente en diferentes niveles asistenciales, lo que mejora la coordinación entre niveles. La cuestión es desarrollar el sistema

de contabilidad analítica que permita seguir al paciente. Los modernos sistemas de costes basados en actividad (ABC) y costes basados en procesos (CBP) podrían servir de modelo alternativo a los GRD (49, 50).

Tratándose de servicios integrados, el pago por capitación ajustada por riesgo poblacional (edad, sexo, estado de salud, etc.) puede ser el mecanismo adecuado, siempre que quede a salvo la selección de riesgos y se pueda controlar la calidad, no solo los costes de la atención. Los objetivos de resultados en este caso han de ser explícitos y evaluables. El desarrollo de los sistemas de información implantados en los servicios de salud regionales en la última década hace posible ahora iniciar medidas de pagos en el margen por resultados.

Todos estos métodos de pago pueden suplementarse con incentivos ligados a resultados de calidad (*Pay for Performance -P4P-*). La cuestión relevante es la elección de las variables de resultados a utilizar, sus posibilidades de medición y la ponderación que haya de darse a cada una.

1.5. EL BUEN GOBIERNO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SUS INSTRUMENTOS

Los cambios estructurales que el SNS necesita han de encontrar un contexto organizativo apropiado sólidamente fundado en valores. El concepto de “buen gobierno” va mucho más allá de la ausencia de corrupción, mala gestión, nepotismo, etc. Buen gobierno implica, por supuesto, buenos resultados, pero no solo eso: exige que el proceso de toma de decisiones responda a todo un conjunto de reglas (participación democrática, transparencia, rendición de cuentas, respeto a las leyes, etc.). Estas reglas, a su vez, están basadas en valores éticos, de ética personal-cívica y de ética política; en definitiva, en virtudes cívicas (51).

El desarrollo más reciente de los principios del buen gobierno sanitario lo ofrece el trabajo de la Comisión de Buen Gobierno Sanitario del Consejo de Europa¹ en la premisa de que una buena gobernanza tiene una influencia positiva en todas las funciones del sistema sanitario, de manera que mejora su desempeño y, en última instancia, los resultados de salud. Para la Comisión, la buena gobernanza de los sistemas de salud se basa en valores fundamentales: derechos humanos, cumplimiento de las leyes y democracia; en principios a los que responde la sanidad pública: universalidad, equidad y solidaridad; en atributos que son específicos del buen gobierno: rendición de cuentas, transparencia, responsabilidad, participación, eficiencia, calidad, seguridad, y dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos; y en aspectos éticos: una cultura de integridad, códigos de conducta, atención a los conflictos de interés y prevención del fraude y la corrupción.

¹ Consejo de Europa. Comité Europeo de Salud (Doc 06.1 CDSP(2009)28E) (52).

Todos estos valores, principios, atributos y aspectos éticos tienen implicaciones muy directas en el gobierno y organización de lo público y piden organizar y gestionar la sanidad con las fórmulas e instrumentos que mejor los pueden garantizar de acuerdo con la experiencia (política basada en la evidencia de lo que funciona). Avanzar en esta dirección implica abrir para la sanidad española una línea de innovación en la forma de hacer política sanitaria en sintonía con las aspiraciones de ciudadanos y profesionales y con la cultura democrática de los países más avanzados. Ello supone un cambio respecto a la situación actual, un programa de reformas profundas, un replanteamiento estratégico de la sanidad pública. En España se han producido recientemente algunas propuestas de recomendaciones para un código de buen gobierno de la sanidad pública, entre otras la de la sanidad pública vasca, con algunas líneas básicas y compromisos y vías de avance que adaptamos a continuación².

1.5.1. Líneas básicas para el buen gobierno de la sanidad pública en España

1.5.1.1. Visión y valores

Basar en los valores de la ética pública democrática la reorientación al buen gobierno de la sanidad pública, tomando como referente las recomendaciones del Consejo de Europa.

1.5.1.2. Pacto por la sanidad

Para la reorientación al buen gobierno de la sanidad pública y lograr una sanidad pública de calidad y eficiente, hay que impulsar un nuevo contrato social con todos los sectores de la sociedad (partidos políticos, profesionales, agentes económicos y sociales, pacientes y ciudadanos) basado en los valores de la ética pública democrática, tomando como referente compartido común los valores, principios y atributos del buen gobierno, buscando acuerdos y consenso en torno a reglas del juego democrático para gobernar y gestionar la sanidad pública, gobierne quien gobierne.

² Adaptado de las Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca (2011). El Consejo Asesor, presidido por JM Cabasés, realizó sus trabajos a lo largo del año 2010 y presentó sus recomendaciones a la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco en marzo de 2011. <http://www.irekia.euskadi.net/es/news/5158-buen-gobierno-sanidad-publica-vasca>

1.5.1.3. Nueva estrategia organizativa

Para orientar los servicios sanitarios hacia niveles más altos de calidad, efectividad y eficiencia, hay que rediseñar, de acuerdo con los valores y principios compartidos de buen gobierno, la organización y el funcionamiento de toda la sanidad pública, tanto los servicios regionales de salud y sus organizaciones (hospitales, Atención Primaria, etc.), como la red de servicios de Salud Pública, incluyendo en ello una atención especial a los enfermos crónicos, y una coordinación eficaz entre servicios sanitarios y sociales.

1.5.1.4. Salud Pública

Revitalizar la salud pública, impulsando la prevención, protección y promoción de la salud, y haciendo de la buena salud, y de la calidad de vida ligada a ella, una de las grandes prioridades de todas las políticas públicas.

1.5.2. Compromisos para avanzar en el buen gobierno de la sanidad pública

1.5.2.1. Un sistema sanitario centrado en el ciudadano

La sanidad pública ha de responder con la mayor calidad, efectividad, eficiencia y equidad a las necesidades, demandas y preferencias de ciudadanos y pacientes en relación con la sanidad, planificando, gobernando y gestionando esta a partir de la consideración de que los ciudadanos y los pacientes son sus auténticos propietarios, destinatarios y jueces. Dos ámbitos de acción resultan especialmente relevantes: 1) la libertad de elección, ampliando al máximo el acceso y la transparencia en la información, las posibilidades de elección y de control, y 2) la integración de los servicios, desarrollando servicios específicos de atención a los ancianos, a los enfermos crónicos, a los enfermos mentales y a los dependientes en general, coordinándolos eficazmente con los servicios sociales y construyendo el sistema sociosanitario necesario, tanto por razones de solidaridad y justicia social, como por su contribución decisiva a la calidad y la eficiencia del conjunto de la sanidad pública.

1.5.2.2. La política de salud

Hay que desarrollar la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011) (53) para llevar la preocupación por la salud más allá de los Departamentos de Salud, integrando la prevención, la protección y la promoción de la salud

en todas las políticas públicas y en las prioridades de los gobiernos estatal, regionales y locales, buscando para ello el compromiso de las diferentes estructuras de gobierno y de todas las organizaciones sociales (54).

1.5.2.3. Autonomía de gestión

Las exigencias de gestión de las organizaciones sanitarias reclaman un elevado grado de autonomía. Habría que dotar a las organizaciones sanitarias de toda la autonomía que precisen para responder adecuadamente a su misión y poder prestar sus servicios con la mayor calidad y eficiencia. Son numerosas y variadas las experiencias que se han desarrollado a lo largo de estos años en los que claramente se marca la tendencia a abandonar modelos centralizados, unitarios y totalmente jerarquizados, para derivar hacia modelos organizativos con mayor grado de autonomía. Esta tendencia conlleva necesariamente dos exigencias que van estrechamente relacionadas con la autonomía que se pretende impulsar: la definición de órganos de gobierno con capacidad de decisión en los centros y la profesionalización de los directivos sanitarios públicos.

El nivel de autonomía de las organizaciones de servicios puede alcanzar distintos grados de desarrollo y además ninguna norma vigente impediría que la profundidad o las características de la autonomía de cada centro se ajustase a sus especificidades, pudiendo dar como resultado una distribución asimétrica del grado de autonomía de cada organización de servicios. En este sentido sería recomendable ir virando con prudencia hacia formas organizativas que permitan un funcionamiento más ágil de las distintas organizaciones de servicios y que esta revisión se base en la experiencia, en el día a día que se vive en cada institución, así como en la implementación de experiencias piloto que permitan calibrar y escalar adecuadamente el alcance y los efectos del cambio de modelo.

1.5.2.4. Órganos colegiados de gobierno

Para ensanchar la capacidad de decisión autónoma de los centros sanitarios, habría que implantar en todas las organizaciones sanitarias órganos colegiados de gobierno -consejos de gobierno-, con funciones de consejos de administración, máxima autoridad de la organización ante la que responde el director gerente, y con el mandato de cumplir la misión de la organización y velar por los intereses de los ciudadanos en relación con el servicio sanitario público, cumpliendo y haciendo cumplir la nor-

mativa vigente, los presupuestos y las indicaciones de las autoridades sanitarias.

Las competencias y responsabilidades de los órganos colegiados de gobierno deberán ser similares a las que corresponden a patronatos y consejos de administración, para lo cual, dentro del marco corporativo común del Servicio Regional de Salud (SRS) tendrán competencias sobre todos los aspectos de organización y funcionamiento de las organizaciones que gobiernan, de modo que estas tengan toda la autonomía necesaria para un funcionamiento ágil y eficiente. Serán responsables de: 1) definir la estrategia de la organización, 2) controlar y evaluar sus resultados, 3) asegurar la consideración de las necesidades locales, teniendo en cuenta a la población y a los profesionales sanitarios, 5) garantizar la aplicación de las normas de buen gobierno, 6) participar en el nombramiento del equipo directivo, evaluar sus resultados y proponer su revocación, y 7) velar por el buen funcionamiento del gobierno clínico de la organización (calidad y seguridad de la atención).

Los miembros de los consejos de gobierno de las organizaciones sanitarias tendrán el mandato, y asumirán el compromiso, de cumplir la misión de la organización en cuyo consejo sirven, velando por los intereses de los ciudadanos en relación con el servicio sanitario público, cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, los presupuestos, la política y los objetivos sanitarios del Departamento de Salud.

En la composición de los consejos deberían distinguirse tres tipos de miembros: 1) miembros corporativos o internos, pertenecientes al SRS o al Departamento de Salud; su función en los consejos sería llevar a los mismos las líneas estratégicas corporativas y sus normas e indicaciones, 2) miembros que representen a la población local a la que sirven las organizaciones sanitarias y, por ello, deberían ser concejales propuestos por los ayuntamientos, y 3) miembros cuya pertenencia al consejo sea a título personal individual, nombrados por su contribución potencial al gobierno de la organización, dada su experiencia, formación y trayectoria cívico-profesional.

1.5.2.5. Profesionalización de la gestión

La eficacia, legitimidad y autoridad en la gestión requieren la profesionalización y estabilidad contractual de los gestores, diferenciando su papel

del de los políticos responsables últimos de la sanidad pública. Para ello la sanidad pública debería dotarse, en sus diferentes niveles y especializaciones, de directivos profesionales para la gestión de todas sus organizaciones y servicios; seleccionando y nombrando a los directores gerentes y a todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora, por procedimientos en los que exista concurrencia pública, participación de los respectivos órganos colegiados de gobierno y, en su caso, el asesoramiento profesional correspondiente.

Estos directivos deberían contar con una regulación específica para su selección, atribuciones, condiciones de empleo y cese, reconocimiento de trayectoria directiva, código de conducta y evaluación de resultados, adaptada a cada situación. La estabilidad, legitimidad y autoridad que precisa la dirección pública profesional requiere, además del cumplimiento estricto por parte de estos profesionales de las leyes y las normas obligatorias para todos, de su adhesión a un código de conducta específico que, entre otros puntos, incluya la lealtad a los valores del servicio público, la explicitación de todo tipo de conflictos de interés, el compromiso estricto de neutralidad político-partidaria en el desempeño de sus funciones, así como de lealtad a la Administración de cada momento, sometimiento a los principios de legalidad, transparencia e imparcialidad en la toma de decisiones, estilo de trabajo abierto y participativo, compromiso con la promoción personal y profesional de los trabajadores, austeridad y eficiencia en el uso de los recursos, rendición de cuentas (realizada con carácter periódico y sistemático, tanto a instancias internas como externas), y compromiso con la innovación y la gestión del conocimiento para el desarrollo individual y corporativo. La evaluación de los resultados obtenidos de la actividad encomendada a los directivos se establecerá como práctica común, con el objetivo de incentivar la excelencia profesional y sancionar el incumplimiento; para ello los SRS se deberían dotar de un procedimiento objetivo de medición de resultados y hacer esta evaluación determinante en la política de fidelización de los directivos.

1.5.2.6. Buenas prácticas de gestión

En términos generales podemos entender por buenas prácticas los procedimientos, acciones y esquemas organizativos que funcionan para alcanzar sus objetivos satisfactoriamente (calidad, eficiencia, satisfacción de

las partes interesadas, etc.), cumpliendo con todas las especificaciones y normas. La expresión buenas prácticas tiene una cierta connotación de referente o de modelo de buen hacer, lo que implica una relación directa, de causa-efecto, entre su utilización y el logro de buenos resultados (replicabilidad). En este sentido, una característica relevante de las buenas prácticas es su transferibilidad y validez para circunstancias y objetivos similares a aquellos en los que funcionan (55).

La aplicación del concepto de buenas prácticas a los servicios sanitarios públicos añade a la complejidad de su carácter de gestión pública la multidimensionalidad y complejidad propia del sector salud y sus servicios, derivada de lo que significa el binomio salud-enfermedad en la vida de las personas, de la sofisticación tecnológica y organizativa de la medicina moderna, de la incertidumbre que rodea a los procesos y decisiones clínicas, de los dilemas éticos presentes en casi todas sus decisiones, etc. Por ello, en los servicios sanitarios públicos los estándares de buenas prácticas abarcan un amplísimo listado de actividades y procedimientos que van desde las guías de práctica clínica y los códigos de conducta hasta los listados de comprobación (*check lists*) en los quirófanos, pasando por todo tipo de normas menores y estándares en los que se basa el buen funcionamiento de los centros sanitarios (citación, seguridad microbiológica, etc.).

Desde una visión de las políticas públicas que tiene el buen gobierno como horizonte de referencia, el objetivo de implantar una cultura de buenas prácticas en los servicios sanitarios públicos significa la búsqueda continua y la implementación de los procedimientos que mejor responden a los principios del buen gobierno (transparencia, rendición de cuentas [*accountability*], prevención, detección y actuación frente a conflictos de interés, incumplimientos y otras conductas contrarias a las leyes y normas y a la ética de la gestión pública en sanidad), tanto por su valor moral normativo, en tanto que referentes de comportamiento, como por la evidencia empírica existente de que son los que mejor contribuyen a la eficiencia y calidad en los servicios.

En tal sentido, hay que promover una cultura de buenas prácticas y de ética profesional a todos los niveles (gobierno, gestión, práctica clínica), impulsando la existencia y el cumplimiento de reglas y códigos de

conducta específicos para todos los responsables y profesionales de la sanidad (miembros de los órganos colegiados de gobierno, gestores ejecutivos, responsables de unidades, clínicos, etc.), con especial atención a la prevención de conflictos de interés y a la ejemplaridad ética en el desempeño de las responsabilidades, con transparencia y rendición de cuentas, siguiendo el ejemplo de los mejores servicios de salud y los referentes internacionales de la responsabilidad social corporativa.

La regulación explícita de los *conflictos de interés* es un instrumento imprescindible en una organización que quiera ofrecer a la sociedad garantías de transparencia, integridad y buenas prácticas. Por ello, la sanidad pública debiera dotarse de una normativa sobre conflictos de interés, obligatoria para todo su personal, que defina los diversos tipos de tales conflictos y establezca pautas claras de conducta al respecto, tomando como referente las existentes en los sistemas sanitarios de otros países. Una referencia a la cuestión de los conflictos de interés entre profesionales sanitarios y la industria, con referencia a la situación internacional y a España, puede verse en Ruano (56).

Los *Códigos de Conducta* son instrumentos cada vez más utilizados en todo tipo de organizaciones por su contribución a adecuar los comportamientos y decisiones, individuales y colectivos, a buenas prácticas y estándares éticos, favoreciendo una cultura de integridad. Por ello, la sanidad pública debiera dotarse de un código de conducta general, obligatorio para todo su personal, e impulsar códigos de conducta más específicos para las actividades profesionales o las responsabilidades de gestión que así lo requieran.

La corrupción en todas sus variantes (fraude, soborno, nepotismo, clientelismo, etc.) es la antítesis del buen gobierno; muchos organismos internacionales (Consejo de Europa, OCDE, etc.) recomiendan estrategias e instancias activas contra la corrupción en el sector público, incluida la sanidad; así, tanto en los EE. UU. (Medicare), como en Europa (NHS británico, Department of Health, 2002) (57) cuentan con unidades especiales para la prevención, detección e investigación de casos de fraude y corrupción. Siguiendo estas recomendaciones y ejemplos, la sanidad pública debiera dotarse de un servicio/unidad responsable de desarrollar su política antifraude y corrupción y llevar a cabo todas las acciones que

ello requiera, entre otras: un “plan de prevención del riesgo de fraude y corrupción”, una “guía de actuación en caso de sospecha de corrupción”, procedimientos para denunciar, procesar y actuar en casos de corrupción, información y formación sobre estas cuestiones, etc. Un ejemplo excelente de código de conducta en los servicios sanitarios es el de Alberta, Canadá (<http://www.albertahealthservices.ca/pub-code-of-conduct.pdf>).

1.5.2.7. Transparencia

Adoptar procedimientos para que la toma de decisiones a todos los niveles de la sanidad pública esté bien informada y sea transparente y abierta a la consulta y la participación cívica, política y de expertos, a fin de mejorar con ello la calidad de las normas. Para ello, entre otras medidas, las decisiones de importancia estarán basadas en libros blancos o informes, abiertos a consulta pública, en los que se analicen los problemas, alternativas y políticas que se proponen, de forma que la lógica de estas sea pública y pueda recibir críticas y aportaciones de todos los ámbitos de la sociedad. Para facilitar la rendición de cuentas y la participación social, política y cívica, hacer pública “por defecto”, accesible y utilizable en internet, toda la información disponible que no desvele datos personales.

1.5.2.8. Participación de los profesionales

Es necesario implicar activamente a los médicos y a todos los profesionales sanitarios en la sostenibilidad de la sanidad pública, en la elaboración de políticas de salud, en la gestión y en la toma de decisiones, potenciando o creando estructuras efectivas de participación y asesoramiento profesional, así como buscando la revitalización de las organizaciones profesionales para que respondan a las necesidades y retos de la medicina del siglo XXI.

En el ámbito de las organizaciones sanitarias (hospitales, comarcas, etc.) el sistema de asesoramiento y participación profesional es crítico, porque el *input* profesional tiene aquí un impacto directo en los servicios y contribuye a implicar y motivar a los profesionales con su organización, al ver que su opinión cuenta en las decisiones del día a día.

La importancia del buen funcionamiento de las juntas facultativas técnico-asistenciales o comisiones técnicas, comisiones de calidad, etc., requiere

evaluar su desempeño y su papel en la práctica, a fin de revitalizar y fortalecer su contribución a la calidad de los servicios, a la participación de los profesionales y a la buena marcha general del conjunto de la organización sanitaria. En la normativa interna de las organizaciones sanitarias debe estar especificado el listado de temas en los que sea preceptivo recabar la opinión y asesoramiento de las juntas facultativas técnico-asistenciales o comisiones técnicas y de las diferentes comisiones de calidad.

En todo caso, un tema central del asesoramiento profesional habrá de ser la gestión clínica (implicación de los profesionales en la gestión de los recursos, favorecer la continuidad asistencial, mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios clínicos, etc.), atendiendo especialmente a todos los aspectos de calidad de la práctica profesional.

Para fortalecer el asesoramiento profesional, tanto a nivel central como a nivel de todas las organizaciones dándole mayor visibilidad y, sobre todo, haciendo que sea un componente formal del proceso de toma de decisiones, se recomiendan, entre otras, las siguientes iniciativas concretas: dar difusión y publicidad de los informes a través de internet e intranets; que los informes y actas de las reuniones de estos órganos colegiados profesionales sean puestos en la página de internet de la organización; esta medida es crítica para la efectividad, legitimación, fortalecimiento y visibilidad del asesoramiento profesional sanitario; abrir a consulta profesional todos los documentos sobre políticas y proyectos que afecten a la actividad clínica, dando respuesta a los mismos; valorar la participación profesional del personal médico, de enfermería, farmacia, etc., en estos órganos como mérito para su reconocimiento y promoción profesional y a efectos de carrera profesional.

1.5.2.9. Participación ciudadana

Entendemos por participación ciudadana las prácticas políticas a través de las que la ciudadanía (organizada) puede incidir sobre alguna dimensión de aquello que es público, subrayando su valor como herramienta que contribuye a la profundización e intensificación del buen gobierno de los sistemas públicos.

La participación ciudadana en la sanidad, al nivel que más importa al paciente, requiere la existencia de una amplia posibilidad de elección

dentro de la sanidad pública y, sobre todo, la existencia en la misma de una cultura organizativa y profesional en la que el paciente tenga en todo momento la información que precisa para tomar sus propias decisiones y el control de todo aquello que concierne a la atención a su salud. Además, en una sanidad centrada en la persona-paciente, el papel activo y la participación del ciudadano en la misma tiene que incluir la potenciación del autocuidado y la autonomía del paciente, la responsabilidad de su propia salud, pero también de la sostenibilidad del conjunto del sistema sanitario. Todo ello exige que la sanidad pública ofrezca activamente a sus pacientes y a los ciudadanos el apoyo y los instrumentos de todo tipo (educativo, de información, "paciente experto", cultura profesional de atención personalizada, etc.) que esta reorientación requiere.

A escala institucional, la participación ciudadana en el gobierno de la sanidad pública se ejerce fundamentalmente a través del proceso político democrático por el que se elige y controla a los gobernantes; esta participación se hace más próxima y operativa con la creación de consejos de gobierno y la presencia en los mismos de representantes de los ayuntamientos y de consejeros a título personal vinculados a la comunidad local.

Además, una buena respuesta de los servicios sanitarios públicos a los pacientes y ciudadanos exige la existencia institucional de un sistema para que las quejas, denuncias, sugerencias y reclamaciones tengan mecanismos eficaces y rápidos de respuesta.

Colocar al paciente y a la población en el centro de la sanidad pública requiere que esta refuerce proactivamente los instrumentos que le permiten la identificación de necesidades, de demandas y preferencias de los pacientes, cuidadores, familiares y ciudadanos en general, así como monitorizar el grado de satisfacción con los servicios, poniendo esta información a disposición de la sociedad con la mayor transparencia. En este sentido, recomendamos que se realicen de manera periódica y sistemática encuestas de opinión enfocadas a los distintos tipos de usuarios y de servicios con el fin de asegurar que el diseño de estos servicios y de los procesos asistenciales tomen en consideración al paciente y a sus cuidadores en todos sus elementos (adecuación, información, comodidad, etc.).

Adicionalmente, la participación ciudadana como mecanismo que favorece el buen gobierno debe tener en la ciudadanía organizada en torno al tercer sector un cauce reglado de participación. En este sentido, debería existir un sistema estable y permanente de participación, con a) un marco regulador de la participación (normativa destinada a institucionalizar, ordenar, facilitar o promover la participación), que incluya regulación de derechos de petición, de iniciativa, de intervención, etc.; y b) órganos consultivos estables de participación, mediante los que se facilite la interlocución con el sector a través de la agrupación de estas asociaciones, evitando su fragmentación, y promover nuevos canales (tipo web 2.0) para que participen pacientes, cuidadores y asociaciones.

El éxito de las políticas sanitarias depende críticamente, entre otros elementos, de su capacidad para lograr un amplio apoyo en sectores claves de la sociedad, de la Administración, de los profesionales sanitarios, de los agentes sociales y de los partidos políticos. En definitiva, de reclutar una masa crítica de personas y organizaciones implicadas e identificadas con sus valores y con los objetivos de las reformas que se proponen.

Para todo ello es preciso un nuevo estilo de hacer política, es decir, buena política y política de más calidad: más basada en valores, más abierta a la consulta, más rigurosa, más apoyada en la evidencia de lo que funciona, más transparente y, en definitiva, democrática y pegada a las necesidades e intereses de la población a la que sirve.

1.6. LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA Y LA COORDINACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA. EL PAPEL DEL ESTADO Y DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Se sabe poco sobre los efectos de la descentralización de los servicios relacionados con la salud. Hay poca evidencia de que los países con sistemas sanitarios descentralizados tengan mejores resultados sanitarios. Según una de las predicciones más importantes de la doctrina del federalismo fiscal, la descentralización permitiría mejorar tanto la eficiencia asignativa como la eficiencia de gestión en la provisión de bienes y servicios públicos locales. Para el caso de los servicios sanitarios públicos, tales ganancias de eficiencia se podrían manifestar en una mejora en la calidad y asignación de los recursos sanitarios, y en último término de la salud poblacional (58).

Cantarero y Pascual (59-60) ponen de manifiesto que la proporción de gasto sanitario local en el total como proxy de la descentralización sanitaria está asociada a un incremento en la salud poblacional (una reducción de la mortalidad infantil y un aumento de la esperanza de vida) durante la década de los noventa en los 15 países de la Unión Europea y también en España.

La descentralización sanitaria tiene dimensiones políticas, fiscales y administrativas. La cuestión central es hasta qué punto la política sanitaria se decide a nivel central o local. Son aspectos relevantes quién determina el paquete de servicios financiados públicamente, quién establece los estándares del sistema, o quién decide el mecanismo de financiación del sistema sanitario en su totalidad (58). En España, quien decide sobre estas cuestiones es el gobierno central, con participación de las CC. AA.

en los órganos de decisión, el Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) en el modelo de financiación, y el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS). Sin embargo, el grado de discrecionalidad a la hora de asignar presupuestos a sanidad por parte de las CC. AA. es muy elevado.

Como se ha dicho, el modelo sanitario español podría verse como un acuerdo *ex ante* en virtud del cual las CC. AA. reciben dotaciones similares suficientes para poder ofrecer los servicios aprobados para todo el Sistema. Para ello se define el modelo de financiación, basado en las necesidades relativas y en garantías de asignación financiera mínima, y se regulan las prestaciones del Sistema y las condiciones de la cartera de servicios. Pero el resultado *ex post* podrá ser diferente dependiendo de la gestión que cada territorio haga y de la evolución territorial de las variables que afectan al modelo, tales como los ingresos fiscales o la evolución de las necesidades sanitarias de sus residentes.

1.6.1. La distribución de las competencias entre gobierno central y comunidades autónomas

El gobierno central es responsable de la coordinación general y de la legislación básica; del grueso de la financiación; del establecimiento del paquete de prestaciones; de la política farmacéutica; de la salud internacional; de la formación de pre- y posgrado y de los aspectos centrales de las políticas y de la normativa en materia de recursos humanos.

Por su parte, las CC. AA. poseen facultades de planificación sanitaria y una amplia capacidad para organizar territorialmente sus servicios de salud. Según la Constitución, en sanidad y seguridad social la responsabilidad del Estado y de las CC. AA. es compartida, aunque en grado variable, lo que no ha dejado de ser motivo de disputas. En cualquier caso, el Consejo Interterritorial, dependiente del Ministerio de Sanidad, se constituyó como instrumento de coordinación entre el Gobierno del Estado y las CC. AA. Una mejor coordinación exige un mayor papel para el CISNS.

Cada servicio regional de salud recibe la financiación de su parlamento, vía el departamento de salud, el cual distribuye los recursos financieros que ha obtenido mediante ingresos de la comunidad autónoma fruto de la aplicación del mecanismo de asignación del modelo de financiación

autonómica. El modelo de financiación autonómica sigue un criterio de igualdad de oportunidades de acceso a la sanidad pública en todas las CC. AA., a partir de una estimación normativa de la necesidad relativa de fondos para atender conjuntamente a los servicios públicos fundamentales basada en un criterio per cápita ajustado principalmente por edad. Sin una restricción inicial de asignación de fondos para la sanidad pública, cada comunidad autónoma decidirá la cantidad a asignar a sanidad según sus preferencias y posibilidades. El sistema de financiación autonómica permite teóricamente ajustar capacidad y necesidad de financiación, pero las decisiones autónomas de las CC. AA. pueden dar como resultado asignaciones diferentes. Ciertamente, hay factores que pueden influir en que asignaciones diferentes den lugar a resultados similares en salud, como las diferencias en los precios de los recursos entre CC. AA., y viceversa. Los datos sugieren una tendencia divergente en el gasto de las CC. AA. con coeficiente de variación creciente (Figura 1.6.3.).

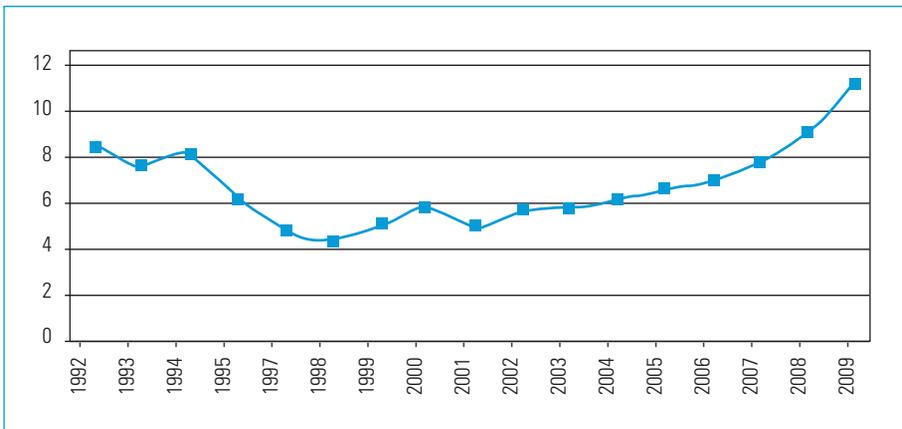


FIGURA 1.6.3. Evolución del coeficiente de variación del gasto per cápita de las CC. AA. (1992-2009).
Fuente: basado en Ministerio de Sanidad y Política Social 2009.

En general, se reconoce que la descentralización de la gestión del Sistema Nacional de Salud ha facilitado su modernización y enriquecimiento con el desarrollo de formas de gestión más eficientes. Las CC. AA. han establecido líneas de prioridad diferentes con logros también diferentes, con distintos grados de avance en materia sanitaria. La igualdad, la equidad y la cohesión social son compatibles con la diversidad nacida como consecuencia del Estado autonómico. Las divergencias normativas son el resultado inevitable del Estado autonómico, y no malas en sí mismas

consideradas, sino en la mayoría de los casos enriquecedoras, incluso en el ámbito del ejercicio de los derechos.

La cuestión es si el grado de desigualdad que la descentralización genera es indeseable o da como resultado un impulso competitivo creador que estimula la mejora permanente por comparación. Son constatables sin duda las desigualdades históricas territoriales en la asignación y distribución de recursos, por ejemplo, en las diferencias en el gasto per cápita, que provienen en buena parte del modelo centralizado anterior, como lo son las diferencias en los indicadores de salud (Figura 1.6.4.).

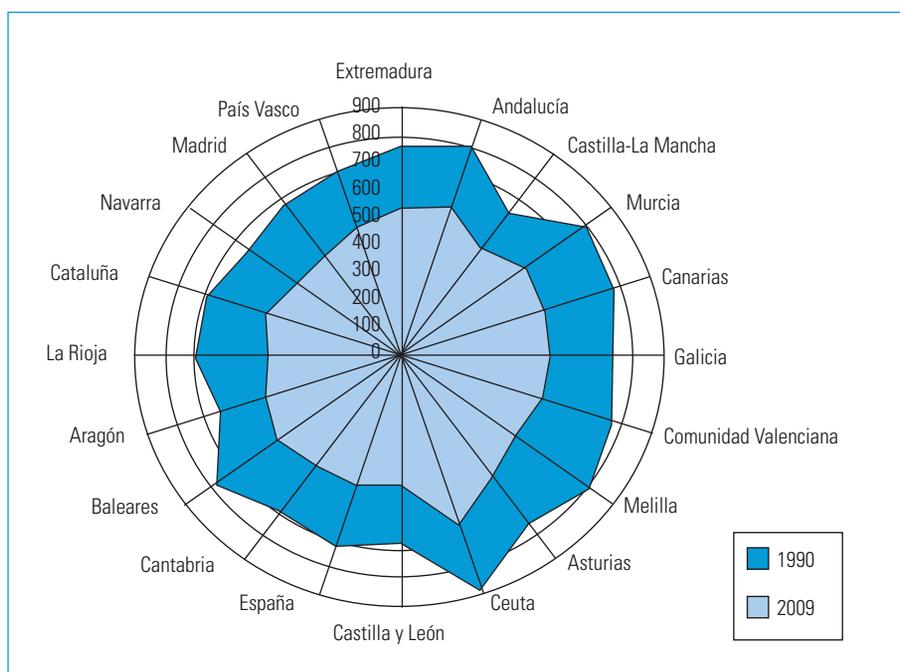


FIGURA 1.6.4. Tasa de mortalidad ajustada por edad por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Martínez López J. *Mortalidad por todas las causas en las comunidades autónomas de España*. Consultado en: <http://reflexionsanitaria.blogspot.com.es/search/label/Comunidades%20Aut%C3%B3nomas>, en abril de 2012.

1.7. EL NUEVO MODELO DE CUIDADOS. ESTRATEGIA DE SALUD. CRONICIDAD. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES: NUEVO PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

La proyección de la población de España a corto plazo (periodo 2011-2021) (61) pone de manifiesto una población más envejecida en 2021. Se estima que en ese periodo el número de personas mayores de 64 años se incrementará en 1,4 millones, en un contexto de decrecimiento demográfico total de 0,5 millones. La prevalencia de problemas crónicos está por encima del 50% en el grupo etario de 45 a 64 años y supera el 80% en mayores de 65 años. De estos, la mitad sufre más de un problema crónico. La tasa de dependencia, el cociente entre la población que no está en edad de trabajar (menores de 16 y mayores de 64 años) y la población potencialmente activa (con edad comprendida entre 16 y 64 años), tendrá un crecimiento sostenido, pasando de un 49,4% en 2011 a alcanzar el 57,3% en 2021, lo que a su vez generará tensiones financieras en el sistema de pensiones. En este escenario, la demanda sanitaria cambiará su composición hacia la atención a pacientes crónicos. Actualmente, atender a las personas que padecen enfermedades crónicas es el principal reto del sistema sanitario. La atención a los pacientes crónicos explica un importante porcentaje del gasto sanitario. El 10% de los pacientes consumen el 70% del gasto sanitario en EE. UU. (62). Más de tres quintas partes del gasto sanitario lo consume la atención a enfermos pluripatológicos (63).

El sistema sanitario actual, diseñado para la atención de agudos, debe adaptarse al nuevo patrón epidemiológico de las enfermedades crónicas. La historia de las enfermedades y la atención sanitaria han evolucionado desde el inicio del siglo xx, cuando la atención estaba centrada en la lu-

cha contra las enfermedades infecciosas (tuberculosis, neumonía, gripe y otras agravadas por deficientes condiciones de salubridad) y la salud pública, con grandes avances en la mejora de la salud en términos de mortalidad, hacia un modelo de atención a las enfermedades agudas no infecciosas (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular...) tratadas de manera episódica (curar), con mejoras notables no solo en supervivencia sino también en calidad de vida a lo largo de la segunda mitad del siglo xx. Desde finales de este siglo, sin embargo, el patrón epidemiológico está dominado por las enfermedades crónicas (diabetes, artritis, enfermedades respiratorias, obesidad, enfermedades mentales...) que precisan de una atención continuada e integrada (curar y cuidar) (64).

Esto está propiciando un cambio notable en la tecnología, con nuevas modalidades de atención: los nuevos sistemas de monitorización a distancia, los telecuidados, la telemedicina, los sistemas de información de apoyo a la decisión clínica, la tarjeta sanitaria electrónica, el apoyo tecnológico a la prevención y promoción de la salud, etc. Hay muchas aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que ya vienen siendo introducidas, como la historia clínica electrónica y compartida, la receta electrónica, el apoyo a la decisión clínica en línea, el diseño, aplicación y evaluación automatizada de planes de cuidados y de gestión de casos. Algunas permitirán una reorganización de la atención centrada en el paciente: la historia de salud continua del paciente, la atención colaborativa de equipos profesionales virtuales, los sistemas y dispositivos de comunicación paciente-profesionales, y de ayuda al autocuidado (mensajes, alertas, sensores biomédicos, cuestionarios virtuales). Además, los avances tecnológicos posibilitan la atención sistemática a las necesidades de información y cambio conductual de los pacientes: información, consejo y seguimiento personalizado, multicanal y estratificado según riesgo (portal del paciente, centro de contactos, nuevos canales de comunicación para la mejora de salud), redes de salud 2.0 (portales de salud, «wikis», foros interactivos, etc.) (65).

Sin embargo, lo anterior no es todavía una realidad en España. El sistema sanitario se encuentra insuficientemente preparado para hacer frente a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas. Existen dificultades de acceso a los dispositivos, dificultades de coordinación entre

servicios para pacientes crónicos y falta de formación suficiente para tratar a estos pacientes. En un nuevo modelo de crónicos “el paciente aparece, es tratado por el equipo interdisciplinar, dado de alta con un plan preventivo y de tratamiento, es activo y recibe apoyo continuo del sistema, es sociosanitario, continúa en la pantalla del radar con monitorización remota e historia clínica electrónica” (64).

La provisión eficiente de estos servicios parte de la elaboración de un modelo de gestión de crónicos. El más conocido, el de Kaiser Permanente, de estratificación de riesgos, se resume en la Figura 1.7.5. Distribuye la población en tres niveles según la complejidad de la enfermedad (baja, media y alta). Cada una asigna un papel diferente a los pacientes y a los profesionales, tanto de salud como de servicios sociales.

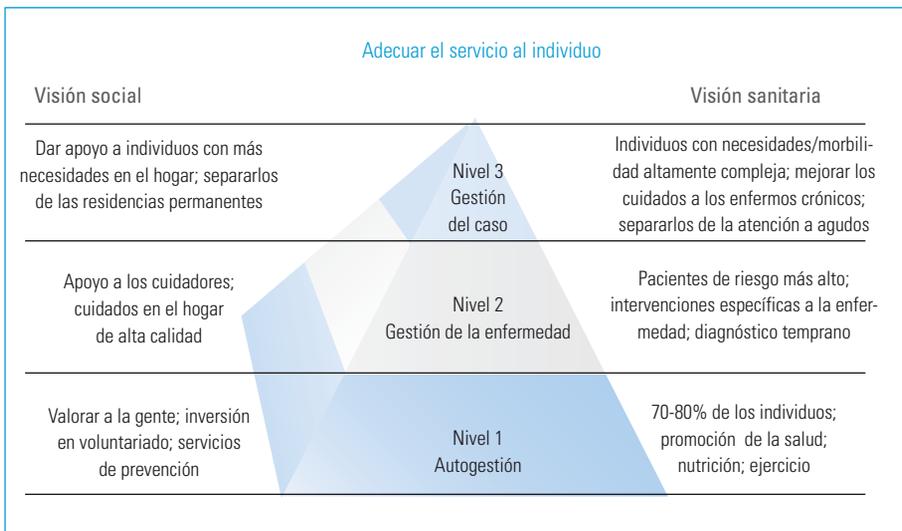


FIGURA 1.7.5. Modelo de estratificación de riesgos de Kaiser Permanente.

Fuente: King’s Fund (66).

Este modelo, seguido en varios países, tiene entre sus objetivos asistenciales reducir la hospitalización innecesaria, el llamado síndrome de la puerta giratoria, con múltiples ingresos en servicios diferentes. La evaluación de este modelo en el Reino Unido nos informa de avances en la autogestión en los pacientes del primer nivel, así como de la gestión de la enfermedad (*disease management*), en los pacientes de segundo nivel, que ha llevado a una cierta aceleración de las mejoras a largo plazo

en la atención de los mismos. En el tercer nivel, los pacientes más graves y con mayor necesidad de atención y que concentran el mayor coste, susceptibles de serles asignado un gestor de caso, la gestión de casos (*case management*) es bien valorada por los pacientes y cuidadores, pero no ha reducido el uso del hospital (66). Este último es un resultado preocupante. Hay experiencias recientes de aplicación de modelos de crónicos en España en varias CC. AA.; la pionera ha sido la comunidad autónoma vasca (67).

Una característica de los modelos de crónicos es que otorgan un papel mucho más activo a los pacientes de complejidad baja como gestores de su propia salud y definen nuevos roles para los profesionales sanitarios en los grados de complejidad mayores como gestores de casos y cuidadores. En particular, la enfermería está llamada a nuevas responsabilidades de cuidado de los pacientes y su seguimiento. Otra nota característica es que la visión integral del paciente es incompatible con el modelo compartimentado de Atención Primaria y Especializada. Aquí la estrategia debe encaminarse a fortalecer una Atención Primaria ágil, tan ágil que reduzca de forma sustancial la entrada en el sistema por la puerta falsa de urgencias, y que se encuentre coordinada con una atención especializada flexible para adaptarse a la demanda. Los mecanismos contractuales y de financiación han de diseñarse para que puedan integrar los niveles asistenciales en el nuevo modelo.

1.8. LA ORGANIZACIÓN SANITARIA Y LOS INCENTIVOS: LOS PROFESIONALES SANITARIOS. MOTIVACIÓN E INCENTIVOS

La economía se ocupa de los incentivos de los agentes para actuar en los procesos de asignación de recursos. No existe una buena información sobre la eficiencia en la asignación (eficiencia económica) ni sobre la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios públicos en España. Se conoce el volumen de actividad, pero se desconoce el resultado en salud. La mortalidad y los indicadores a ella asociados, como la esperanza de vida, no dependen en exclusiva de los servicios sanitarios, sino también de factores socioeconómicos.

Los estudios al respecto sugieren que estamos lejos de la frontera de eficiencia y que actuando sobre las holguras de ineficiencia se podría lograr una mejor relación coste-efectividad del sistema sanitario. Los males del sistema se encuentran bien analizados y en parte están ligados al carácter rígido de las organizaciones públicas, que encuentran enormes dificultades para incorporar incentivos a los agentes, sean demandantes o proveedores, y para evitar comportamientos oportunistas ineficientes. El sistema sanitario tampoco sería eficiente dejado al libre juego de las fuerzas del mercado, debido a los numerosos fallos de mercado presentes en los servicios sanitarios, tales como la incertidumbre, las externalidades y la información imperfecta y asimétrica (68, 69). Las asimetrías de información definen un conjunto de relaciones a las que aplica el problema de agente-principal (Figura 1.8.6.).

En el nivel más elevado, los contribuyentes (el electorado) son el principal y el gobierno el agente. El gobierno trata de maximizar algunos objetivos observables por la ciudadanía, como reducir los tiempos de espera

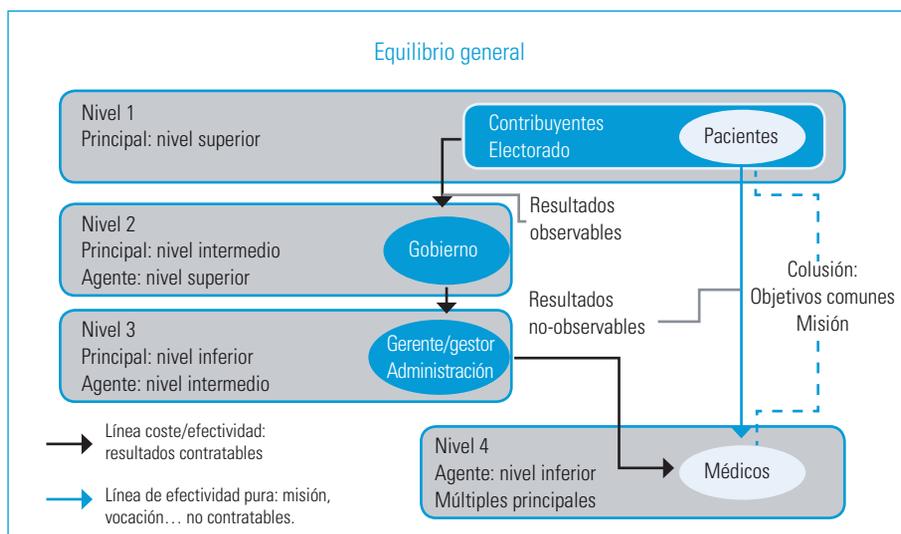


FIGURA 1.8.6. Relaciones de agencia en el sistema sanitario público.

Fuente: elaboración propia.

o mejorar las infraestructuras sanitarias, adquirir tecnología, controlar el gasto sanitario o ensanchar la cartera de servicios. En el nivel inferior se encuentra la conocida relación de agencia médico-paciente, en la que el agente médico podría inducir demanda de los pacientes al incorporar sus objetivos particulares a los orientados hacia la salud de aquellos, un resultado contrastado en sistemas de pago por acto. En los niveles intermedios aparecen las relaciones entre gestores y políticos y entre gestores y profesionales sanitarios. La primera podría considerarse inexistente en España, dándose la colusión entre ambos al tratarse de gestores políticos en la mayoría de los casos. Esta es una de las debilidades más acusadas de nuestro sistema sanitario.

La relación de agencia entre gestores y profesionales sanitarios es de gran interés para el futuro de la mejora de la eficiencia de la gestión sanitaria. Los profesionales son agentes de los gestores, cuyos objetivos pueden no coincidir. Lograr la identidad entre gestores y profesionales, es decir, aunar los objetivos de los médicos con los de la organización, es una vía para lograr organizaciones sanitarias eficientes.

Los recursos humanos son el *input* principal del sistema sanitario. Los profesionales sanitarios tienen motivación intrínseca, un elevado nivel

intelectual, la relevancia de su desempeño es enorme, son agentes de sus pacientes, y de sus gerentes y consejeros de salud, tienen derechos de propiedad ilimitados sobre su actividad porque sus contratos son necesariamente incompletos, quedando a su discreción buena parte de las decisiones de actuación y, por tanto, de gasto. No obstante, muchos sienten insatisfacción en su desempeño en el sistema sanitario público. Y es que el sector público tiene dificultades para desarrollar mecanismos de incentivos apropiados.

Los incentivos hoy existentes, como la carrera profesional, no son efectivos debido a su incapacidad para discriminar el desempeño, la esencia misma de un sistema de incentivos. Igualmente, las medidas de control de las listas de espera que utilizan los programas de autoconcertación (conocidos coloquialmente como peonadas), pueden contener incentivos perversos que pueden llevar a ampliar los tiempos de espera a medio plazo.

La clave de la eficiencia en la gestión se encuentra en el desarrollo de un sistema de incentivos adecuado (70). Proponemos cambios en el sistema de incentivos de los profesionales del sistema sanitario público, a partir de un modelo de agencia, con agentes intrínsecamente motivados (es decir, que obtienen satisfacción por el hecho de realizar su trabajo). Se trata de invertir en una nueva clase de capital -capital motivacional- que no requiere exclusivamente incentivos monetarios, sino inversiones en otros ámbitos de interés para los profesionales.

Reconociendo que los incentivos exclusivamente monetarios pueden minar la motivación profesional (*crowding out*), se busca encontrar los elementos de mantenimiento y fortalecimiento de la motivación (*crowding in*). Los profesionales sanitarios muestran un gran interés por otros incentivos como el reconocimiento a su esfuerzo y el tiempo para docencia e investigación. La inversión en capital motivacional, término propuesto por el premio Nobel de Economía Akerlof (71), puede reducir las necesidades financieras de la organización para los incentivos monetarios, además de lograr una mayor eficiencia en la gestión de recursos, al desarrollarse en un marco de personal motivado. Esta es una línea importante de trabajo que viene desarrollando el sector privado con éxito (experiencia de Irizar) y que puede resultar muy prometedora en la gestión de servicios públicos como la asistencia sanitaria (72, 73).

Hemos explorado empíricamente la existencia de motivación intrínseca de los médicos, su percepción de la misión y la identidad, así como los efectos *crowding out* en la organización (incentivos perversos) y los efectos *crowding in* (cómo motivar e incentivar). Se realizaron entrevistas semiestructuradas a médicos en hospitales públicos (16 entrevistas).

Los resultados ponen de manifiesto que los médicos tienen motivación intrínseca en tareas relacionadas con dos misiones: la atención directa a los pacientes (en forma de empatía hacia el paciente, mejorar la calidad de la asistencia y aliviar el dolor y el sufrimiento), y la mejora continua de su cualificación técnica, sus habilidades y su conocimiento científico (investigación, cualificación para nuevas tecnologías y actualización de conocimientos acerca de los tratamientos). Con respecto a la identidad, entendida como compartir metas entre profesionales y responsables de la organización, dos notas características caracterizan a los entrevistados: implicación, entendida como sentirse parte de la organización, y sentir la organización como suya.

Los mecanismos que producen expulsión de la motivación intrínseca en los entrevistados son la carrera profesional en su diseño actual, los programas de autoconcertación (peonadas), el control unilateral de la Administración en la determinación de objetivos y la falta de participación en las tareas de planificación.

Por su parte, los mecanismos que pueden incentivar la motivación intrínseca (*crowding in*) son más flexibilidad y tiempo para poder ofrecer una atención más personalizada a los pacientes; reconocimiento profesional, tiempo y medios para investigación, formación y docencia, más autonomía para establecer objetivos y organizar el trabajo, gestionar sus servicios (gestión clínica) y participación en las decisiones que afectan a la organización y a sus servicios.

Los médicos se sorprenden del escaso compromiso de la Administración con la formación continua de sus profesionales, dejada en su mayor parte a la industria. La actualización de conocimientos es una obligación y una de las misiones declaradas por los profesionales sanitarios. Un sistema de recalificación periódica impulsaría la actualización y promovería planes de formación continuada de calidad.

Por último, existe un conflicto entre los médicos y los gestores relacionado con el horizonte temporal de su visión. Los gestores tienen objetivos a corto plazo (legislatura), mientras que los médicos tienen objetivos a largo plazo (carrera profesional). La solución a esta asimetría de visiones puede encontrarse en la profesionalización de la gestión desligada de la política.

1.9. LOS CIUDADANOS, DESTINATARIOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y RESPONSABLES DE SU SALUD. LIBERTAD DE ELECCIÓN

Junto a los incentivos a los profesionales, el sistema sanitario debe diseñar incentivos para los usuarios. Como aquellos, estos también tienen derechos de propiedad sobre los recursos sanitarios. Los pacientes están llamados a desempeñar un papel mucho más relevante en el Sistema Nacional de Salud (SNS) desarrollado de final de la década. Asumirán una mayor responsabilidad en la gestión de su propia salud, serán más competentes para adoptar estilos de vida sanos y asumirán, a su vez, mayores riesgos de su comportamiento incurriendo en costes o recibiendo incentivos por el cuidado de su salud.

Los mecanismos de racionamiento para evitar los efectos del azar moral están limitados en España. Actualmente, la utilización de precios se reduce al ámbito concreto de la farmacia extrahospitalaria, recientemente modificada y extendida al colectivo de pensionistas en 2012. Los tiempos de espera, o racionamiento en términos de tiempo, son valorados por los ciudadanos como ineficiencias del sistema, y es imposible separar en la información sobre tiempos de espera la parte correspondiente al mecanismo disuasorio de la demanda no necesaria (sin entrar en la difícil cuestión de la definición de necesidad y de quién debe definirla) de la correspondiente a la gestión ineficiente.

Por último, la delimitación de prestaciones, estableciendo topes a lo que el sistema puede ofrecer a tenor de las disponibilidades presupuestarias. La denominada cuarta garantía, la eficiencia, exige la evaluación económica de las prestaciones de la cartera de servicios, para ofrecer aquellas

que muestran una adecuada relación coste-efectividad y, dentro de estas, las que superen un test de impacto presupuestario aceptable, y dejar de ofrecer las que no la tienen.

Los mecanismos de racionamiento habrán de ir combinados con una respuesta del sistema sanitario al usuario en forma de información ágil para la decisión. Es decir, información sobre resultados y procesos, tiempos de espera mínimos en problemas graves, asignación, cuando la precise, de un gestor del caso, reducción de visitas por razones administrativas y otros. En definitiva, haciendo más atractivo al paciente el consumo eficiente que el comportamiento de azar moral. Ello requiere usuarios bien informados, competentes y comprometidos con la promoción y cuidado de su propia salud, bien formados en la utilización de los servicios. Esta es una tarea a realizar a largo plazo conjuntamente en los ámbitos de la sanidad y la educación.

Además, la fiscalidad puede alterar comportamientos de los ciudadanos que afectan a su salud. Deberían evaluarse propuestas de penalización fiscal de consumos nocivos para la salud e incentivos positivos al consumo saludable, a fin de reducir la necesidad de atención sanitaria.

Los ciudadanos, al igual que los profesionales, también pueden alejarse de comportamientos oportunistas con incentivos distintos al palo y la zanahoria. Podemos avanzar en la eficiencia del sistema con usuarios responsables de la utilización de los servicios. El paternalismo liberal (74), que consiste en orientar a los ciudadanos en la dirección correcta desde la perspectiva del planificador para que actúen libremente en beneficio de su salud y se responsabilicen de su propio bienestar, es un ejemplo de incentivo diferente al racionamiento. Un mecanismo que se propone útil es la regulación por defecto. Un ejemplo puede ser el de la legislación española relativa a la donación de órganos. Por defecto, se considera a todos los ciudadanos donantes, salvo manifestación expresa en contra.

En cuanto a la cuestión de los tiempos de espera, en un estudio (75) nos propusimos analizar cuáles deben ser los criterios clínicos y sociales en razón de los cuales deben ser priorizados los pacientes en listas de espera quirúrgicas programadas. Utilizamos un modelo de elección discreta (MED) a una muestra representativa de la población general. Los

resultados revelaron que los problemas de salud del paciente, el coste de la intervención y el tiempo de espera son los tres considerandos más importantes a la hora de priorizar a los pacientes. Conforme a lo esperado, la gravedad de la enfermedad se presenta como el atributo de mayor importancia, y llama la atención la menor importancia de la mejora de la salud esperada tras la intervención. Estos resultados indican que la priorización de pacientes de acuerdo solamente al tiempo de espera no tendría en cuenta los aspectos considerados importantes por la población. Esta es solo una muestra de la importancia que tiene conocer las preferencias sociales acerca del establecimiento de prioridades. El nuevo SNS debería incorporar a los ciudadanos en estos procesos.

1.10. LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS. EL ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD

“En todo momento histórico hay una situación social que tiene un estatus privilegiado como situación social, porque es la que se adopta en ausencia de una decisión específica en contrario” Kenneth J Arrow, 1974³.

En un mundo de recursos escasos estamos obligados a establecer prioridades en la introducción y uso de las tecnologías sanitarias: nuevos programas de salud pública, nuevos medicamentos y nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que compiten por los recursos adicionales. El campo de nuevas actuaciones es inmenso para la inversión en salud: la prevención, la medicina predictiva, la individualización de los tratamientos, las nuevas formas de organización impuestas por los cambios en las enfermedades, la e-salud y los sistemas de información sanitaria para aumentar la transparencia. Políticamente, sin embargo, el *statu quo* tiene preeminencia sobre los cambios y la innovación, que tienen costes añadidos de decisión. La sanidad no es una excepción y muchos de sus problemas detectados no son abordados en tiempo y forma adecuados por el peso de la inercia y por la resistencia al cambio de los agentes.

El objetivo marco de la provisión sanitaria debería ser lograr un valor elevado para los pacientes, entendiendo por valor los resultados en salud por unidad monetaria asignada. Esto es lo que importa a los pacientes y puede aunar los intereses de todos los actores del sistema -pacientes,

³ Elección social y valores individuales. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales: 242.

financiadores, clínicos y proveedores-, pues la mejora en el valor beneficia a todos y mejora la sostenibilidad del sistema (76).

Medir el valor es crucial para mejorar el sistema sanitario. La cuestión de la medida del valor, es decir, de los resultados y costes, el numerador y el denominador de la ecuación de valor, respectivamente, no es sencilla. Los resultados son multidimensionales y específicos para cada problema de salud, mientras que los costes han de referirse a todo el proceso de atención al paciente, no a los servicios recibidos en un solo nivel asistencial. Es el conjunto de servicios que se administran a un paciente o a un grupo de pacientes el que logra los resultados en su salud, lo que implica múltiples servicios y actividades interrelacionadas. La responsabilidad del resultado es, en consecuencia, compartida por todos los servicios implicados. De ahí la importancia creciente de la atención integrada (*integrated care*) como guía para la buena gestión de los pacientes crónicos, por lo general pluripatológicos. Los resultados, tales como la recuperación sostenida, las recidivas, o los problemas inducidos por los tratamientos, solo pueden medirse a largo plazo. Sin embargo, cada proveedor tiende a medir solo aquello que queda bajo su control directo.

Porter (76) describe los múltiples resultados asociados al éxito del tratamiento de un problema de salud, algunos de los cuales compiten entre sí (seguridad a corto plazo frente a funcionalidad a largo plazo, por ejemplo), en tres estadios jerarquizados: 1) mejora o mantenimiento de la salud, 2) proceso de recuperación, y 3) sostenibilidad de la salud. Cada estadio presenta a su vez dos niveles. El primero tendría la supervivencia como primer escalón, que a su vez puede medirse a diferentes horizontes temporales (en cáncer, por ejemplo, suele medirse la supervivencia a 1, 5 y 10 años), y el segundo nivel, el estado de salud alcanzado medido por la ganancia en el grado funcional o la liberación de la enfermedad. En el estadio dos, los resultados hacen referencia al proceso de recuperación, y el primer nivel es el tiempo requerido para la recuperación y la vuelta al grado funcional normal o alcanzable, lo que a su vez puede dividirse en las diferentes fases del proceso asistencial. El ciclo asistencial es un aspecto crítico para los pacientes (tiempo de espera, cuya reducción reduce ansiedad y puede contribuir a la mejora en el grado funcional y a reducir complicaciones). El segundo nivel es la desutilidad del tratamiento en términos de incomodidad, recidivas, complicaciones

y errores y sus consecuencias. El estadio tres -la sostenibilidad de la salud- se refiere, en su primer nivel, a la recurrencia del problema original o a las complicaciones a largo plazo, y en el segundo nivel, a los problemas de salud originados como consecuencia del tratamiento. Cuando estos ocurren, todos los resultados han de ser reconsiderados. En general, puede esperarse que las mejoras en alguna dimensión de los resultados beneficien a los demás. Por ejemplo, un tratamiento sin demora puede mejorar la recuperación. Pero puede haber conflicto entre resultados, como los efectos de tratamientos muy agresivos sobre la calidad de vida del paciente a corto plazo o el riesgo de complicaciones.

Desde el punto de vista social, no individual, la norma a considerar es la eficiencia, no la efectividad. Para ser eficiente una prestación debe ser efectiva y segura, pero además debe haber demostrado que vale, desde un punto de vista social, lo que cuesta, porque el presupuesto dedicado a esa prestación impedirá dedicar los recursos a otras alternativas. Tanto la financiación (macro-) como la adquisición y utilización de un servicio sanitario (meso- y micro-) deberían apoyarse en criterios transparentes guiados por el concepto de la eficiencia (balance coste-efectividad) (77).

Obviamente, no debe ser el único criterio, pero sí debe contemplarse como un criterio relevante. Y ello no solo por ser una norma racional, y más en un momento de presupuestos menguantes, sino por añadir transparencia al proceso y ayudar a la generación de una cultura evaluativa dentro del mismo, que puede y debe transmitirse a lo largo de los ámbitos clínico y de gestión del sistema (78). Esta norma general no es únicamente susceptible de ser aplicada a nuevas prestaciones, sino también a las ya existentes. Es decir, tendremos que ser capaces de utilizar la información ya disponible y si fuera necesario generar nueva para identificar los servicios y situaciones en los que desinvertir suponga un ahorro de recursos sin merma de la calidad asistencial, o incluso con ganancia de la misma. Debemos aclarar que estamos refiriéndonos a desinversiones en medicamentos, dispositivos, aparatos, procedimientos o servicios con escaso valor clínico, bien porque no son efectivos, bien porque el balance beneficio-riesgo no compensa su utilización, bien porque son innecesarios o bien porque, aun siendo efectivos, no son eficientes (existen alternativas con mejor balance entre valor y coste

social). Si identificamos (algunas ya lo están claramente) las situaciones en las que es posible desinvertir atendiendo a las premisas anteriormente expuestas, no solo es posible ahorrar de manera inteligente, sino reducir la atención sanitaria de calidad dudosa o inapropiada.

1.10.1. Metodología de la evaluación económica

La evaluación económica de tecnologías es el mecanismo de medida de la eficiencia social de estos programas. El análisis coste-efectividad mide los costes sociales y los efectos en salud de las alternativas de acción y ofrece resultados en términos comparables de coste por unidad de salud lograda, estableciendo ordenaciones de alternativas que pueden orientar la toma de decisiones. El reto para nuestro sistema sanitario es la incorporación de una cultura de evaluación. La economía ha desarrollado instrumentos de medida de costes y efectos. Ciertamente, en España faltan medidas de salud y de costes unitarios, generalmente admitidos, para realizar la evaluación de tecnologías y en ello están empeñados los economistas de la salud.

Entre los métodos de evaluación económica cuyo fundamento teórico es la metodología coste-beneficio, es decir, el criterio de eficiencia, se encuentran el análisis coste-efectividad (ACE) y su versión más desarrollada, el análisis coste-utilidad (ACU), donde los resultados se miden en unidades homogéneas de salud (79-84). El ACU tiene como característica principal el que mide los beneficios sanitarios en unidades de años de vida ajustados por calidad (AVAC, ampliamente conocidas por su acrónimo inglés, QALY, *Quality Adjusted Life Years*). Los análisis del *Incremental Cost Effectiveness Ratio* (ICER), las elipses de confianza trazadas en el plano coste-efectividad y las curvas de aceptabilidad orientan a los responsables políticos en la distribución de la financiación entre distintos programas, con el fin de conseguir un mayor nivel de salud para la sociedad en un contexto de recursos limitados. Este es el procedimiento utilizado para establecer prioridades en la política sanitaria en algunos países avanzados, como el Reino Unido (85), aunque no está exento de críticas (86).

1.10.2. Medida de la efectividad

En la medida de los resultados, la economía de la salud ha desarrollado medidas de preferencias sobre estados de salud que permiten obtener un numerario de salud, el año de vida ajustado por calidad (AVAC o QALY).

Las unidades de resultado son medidas de preferencias sobre estados de salud, que permiten establecer la utilidad para los individuos del perfil de salud a lo largo de su vida. El resultado de los cambios en dichos perfiles de salud es la medida de la efectividad de las intervenciones sanitarias sobre estos individuos. Concretamente, los QALY son una medida de salud que combina los componentes básicos que definen la salud, esto es, cantidad y calidad de vida. Los QALY se obtienen multiplicando la esperanza de vida por un peso que refleja la calidad. La idea que subyace a los QALY es que los años de vida no deben entrar sin ponderación en el cálculo de los beneficios de salud, sino que deben ser ajustados o ponderados por la calidad con que se viven esos años (81). Un QALY es el valor de un año de vida en estado sano, y se supone que todos los QALY son del mismo valor intrínseco. Su fundamento utilitarista significa que entre dos procedimientos de igual coste, la sociedad preferirá aquel que añada más QALY, con independencia de quién los gane. Hay múltiples cuestiones metodológicas en la elaboración de QALY, entre las que destacan la caracterización de la medida de preferencias sobre estados de salud y el tipo de funciones de utilidad subyacentes al QALY. Nuestro objetivo aquí es menos ambicioso. Se trata de conocer el estado de la medida de la salud para la evaluación económica en España y la posibilidad de desarrollar medidas de efectividad para que la evaluación económica sea una realidad.

Para lograr una medida de salud es preciso utilizar en primer lugar un instrumento de medida de la calidad de vida asociada a la salud (CVAS) que contenga las dimensiones relevantes, básicamente físicas, emocionales y sociales, y permita combinar los diferentes niveles de cada dimensión para definir estados de salud. En segundo lugar, aplicar alguna técnica de medición de preferencias sobre los estados de salud que permita conocer la deseabilidad relativa de cada uno, para ordenarlos en una escala 0-1, donde 1 significa el mejor estado de salud y 0 la muerte.

Un instrumento de CVAS muy utilizado para obtener medidas de efectividad es el EQ-5D, desarrollado por el Grupo EuroQol, un conjunto de investigadores multidisciplinar creado con ese propósito hace 25 años (87). El EQ-5D es un cuestionario genérico, sencillo, autoadministrado y con poca carga cognitiva para el individuo, basado en preferencias, para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud que contiene una página con un sistema descriptivo y otra página con una escala

visual analógica (EVA) que, a modo de termómetro, determina entre 0 y 100 el estado de salud que el individuo percibe en ese día, siendo 100 el mejor estado de salud imaginable y 0 el peor. Consta de 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una con tres niveles: 1) “ausencia de problema”, 2) “algún problema” y 3) “problema extremo”. Así, un determinado estado de salud queda descrito con 5 dígitos permitiendo la clasificación de 243 estados de salud. Recientemente, para mejorar la sensibilidad a los cambios en el estado de salud, se ha elaborado una nueva versión de 5 niveles por dimensión, EQ-5D-5L, que da lugar a 3.125 posibles estados de salud. En la actualidad, el grupo EuroQol trabaja en la elaboración de un conjunto de valores para los estados de la nueva versión del instrumento a partir de una combinación de técnicas de medida de preferencias, la Equivalencia Temporal y Métodos de Elección Discreta, con objeto de ofrecer una metodología común para todos los países.

España es pionera en la práctica de la obtención de valores del nuevo EQ-5D y recientemente se ha desarrollado un conjunto de valores de los estados de salud del EQ-5D-5L representativos para la población española, a partir de las técnicas mencionadas, de acuerdo con las directrices del EuroQol (88). Esta es una buena noticia para las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, que podrán contar con un numerario para medir la efectividad de las tecnologías objeto de evaluación, en su papel de garantes de la calidad de las técnicas y procedimientos de la cartera básica de servicios. Este es un logro de enorme valor para la incorporación sistemática de la evaluación económica a las decisiones sanitarias de inversión y desinversión. Hasta ahora, la mayoría de las evaluaciones económicas realizadas en España han venido utilizando valores obtenidos en el Reino Unido hace casi dos décadas u otras ajenas a nuestra realidad, y quizás ello explique la escasa relevancia de la evaluación económica en las decisiones de priorización de las instituciones sanitarias en España hasta ahora, pese a la exigencia de la aplicación del criterio de eficiencia en la regulación de la cartera de servicios desde 1995 y la normativa posterior. Estudios similares se habían hecho en España (89) pero sin pretensión de representatividad.

Dos cuestiones de interés para el futuro de la investigación sobre la medida de la efectividad son la ampliación del contenido de las ganancias

en salud y la ponderación de los QALY. La unidad de medida QALY capta algunos de los elementos comentados más arriba sobre lo que es valor en sanidad, pero no todos. Capta las ganancias en salud, pero no los procesos, que son muy relevantes para los usuarios (tiempo de espera, desutilidad del tratamiento en términos de incomodidad), y solo parcialmente otros efectos (recidivas, complicaciones, errores y sus consecuencias...). Si 1 QALY es del mismo valor intrínseco para todos, ganar 10 QALY es indiferente si los gana una sola persona o si 10 personas ganan 1 QALY cada uno, independientemente de la edad o de su estado de salud inicial.

Hay mucho debate sobre si deberían ponderarse los QALY para contemplar situaciones excepcionales. Las ponderaciones de los QALY han sido propuestas durante mucho tiempo para completar la evaluación económica de la eficiencia, fundada en el utilitarismo (maximizar la suma de QALY) para incorporar criterios de equidad. Pero recientemente el NICE ha incorporado este tipo de consideraciones en tratamientos a enfermos terminales y un estudio realizado en España (90) sugiere que los QALY para tratamientos al final de la vida son más valorados que los que afectan a problemas de salud temporales, y también que la gente discrimina entre diferentes ganancias en salud en tratamientos al final de la vida, otorgando mayor valor a los cuidados paliativos que al alargamiento de la vida.

1.10.3. El valor monetario de la efectividad

El análisis coste-utilidad compara los costes adicionales de una tecnología frente a otra, que sirve de comparador, con los QALY adicionales. El resultado es un índice incremental coste-efectividad conocido como ICER, en su acrónimo en inglés, que se expresa en términos de coste por QALY ganado. Este es un índice útil para ordenar tecnologías que logran mejoras en la salud según el criterio de eficiencia, pero no permite saber si la ganancia en efectividad compensa el coste. Esta información es cada vez más necesaria en un mundo en el que las decisiones de autorización de precios de nuevas tecnologías (medicamentos incluidos), tratan de establecerse en términos del valor que añaden (*value-based pricing*). Para ello hace falta conocer el valor monetario que la sociedad otorga al QALY. Son muy escasos los estudios de valoración monetaria de los QALY. En un estudio reciente en 10 países (91, 92) con muestras muy pequeñas, se obtuvieron para España valores de entre 50.000 y 107.000 euros (entre 90.000 y 178.000 euros en valores descontados). Multipli-

cando el número de QALY por su valor monetario, al comparar con los costes incrementales, puede obtenerse un valor actual neto que, de ser positivo, informa sobre la eficiencia de la alternativa que se evalúa.

1.10.4. El umbral de coste efectividad

En ausencia de estudios sobre valoración monetaria, es habitual que los decisores utilicen umbrales de coste-utilidad para aceptar o no una tecnología como eficiente. La cuestión de dar un valor monetario al ICER es un juicio de valor que corresponde a los legitimados para la toma de decisiones, es decir, los responsables políticos. El NICE ha hecho explícitos valores umbral de coste-utilidad para sus recomendaciones sobre autorizar o no una nueva tecnología sanitaria, que comenzó en 30.000 libras en 2001 pero que, a la vista de las decisiones adoptadas de incorporación de tecnologías, se ha reducido a 20.000 libras, con rangos de entre 20.000 y 30.000 libras para decisiones de inversión con otros beneficios añadidos como la innovación. La única vez que el Departamento de Salud británico hizo explícito el umbral fue en 2004 y lo estableció en 36.000 libras en un proceso de acuerdo sobre riesgo compartido con las empresas farmacéuticas. En Estados Unidos se ha utilizado la cifra de 50.000 dólares, entendiendo que se trata tan solo de una referencia orientativa y, en todo caso, de un suelo -lo que está por debajo de 50.000 por QALY debería aprobarse- y no de un techo. No se ha valorado la actualización de la cifra según la inflación. En España, la cifra de 30.000 se convirtió en una referencia y se propuso como umbral, pero en euros, para el coste por año de vida ganado (no por QALY), y sigue siendo una referencia en los estudios de evaluación en España (coste por QALY). Habría que reabrir este debate en nuestro país y llegar a establecer un umbral de coste por QALY si se pretende utilizarlo como guía para definir el techo de lo que se considera eficiente.

La noción de resultados más amplia de la utilizada habitualmente en los análisis de evaluación económica está afectando a las guías de evaluación económica de tecnologías sanitarias en algunos países, como Estados Unidos, que ha prohibido la utilización de umbrales coste/QALY para establecer el corte de lo que debe o no ser financiado por el sector público (93). Sin embargo, pese a sus limitaciones, sigue siendo la medida de elección para ordenar prioridades.

1.11. RECOMENDACIONES

Dentro del contexto de este capítulo, un análisis en profundidad del marco conceptual y la situación de la sanidad en España, se han extraído las siguientes recomendaciones, que se perfilan a continuación.

Prerrequisitos del sistema sanitario. Un sistema sanitario estable ha de hallarse sólidamente anclado en ciertos valores que lo definen. El fundamento normativo del Sistema Nacional de Salud común a todos los agentes es el principio de igualdad de oportunidades. La atención sanitaria, al salvaguardar nuestra capacidad funcional, protege nuestras oportunidades. De ahí surge la obligación de hacer de la sanidad un servicio accesible a todos dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como raza, género, religión, edad o estado de incapacidad.

Un sistema sanitario centrado en el ciudadano. La sanidad pública ha de responder con la mayor calidad, efectividad, eficiencia y equidad a las necesidades, demandas y preferencias de ciudadanos y pacientes en relación con la sanidad, planificando, gobernando y gestionando esta a partir de la consideración de que los ciudadanos y los pacientes son sus auténticos propietarios, destinatarios y jueces. Dos ámbitos de acción resultan especialmente relevantes: 1) la libertad de elección, ampliando al máximo el acceso y la transparencia en la información, las posibilidades de elección y de control, y 2) la integración de los servicios, desarrollando servicios específicos de atención a los ancianos, enfermos crónicos, enfermos mentales y dependientes en general, coordinándolos eficazmente con los servicios sociales y construyendo el sistema sociosanitario necesario, tanto por razones de solidaridad y justicia social, como por su contribución decisiva a la calidad y la eficiencia del conjunto de la sanidad pública.

Pacto por la sanidad. Para la reorientación al buen gobierno de la sanidad pública y lograr una sanidad pública de calidad y eficiente, hay que impulsar un nuevo contrato social con todos los sectores de la sociedad (partidos políticos, profesionales, agentes económicos y sociales, pacientes y ciudadanos) basado en los valores de la ética pública democrática, tomando como referente compartido común los valores, principios y atributos del buen gobierno, buscando acuerdos y consenso en torno a reglas del juego democrático para gobernar y gestionar la sanidad pública, gobierne quien gobierne.

Política de salud. El objetivo del sistema sanitario es producir el máximo nivel de salud con los recursos disponibles. La salud debe ser el hilo conductor del sistema. Recomendamos revitalizar la salud pública, impulsando la prevención, la protección y la promoción de la salud, haciendo de la buena salud, y de la calidad de vida ligada a ella, una de las grandes prioridades de todas las políticas públicas.

Sector público y sector privado. El sistema sanitario del futuro se caracterizará por una mayor colaboración entre los sectores público y privado en relación de complementariedad.

Acceso universal. El derecho a la asistencia sanitaria pública en España está fundado en el aseguramiento obligatorio desde el Real Decreto 16/2012 y ya no alcanza a toda la población residente. Los grupos que no tienen derecho a la asistencia sanitaria pública y tampoco recursos financieros han quedado en una situación muy comprometida, que las CC. AA. tratan de paliar de diversas maneras. Hay CC. AA. que simplemente han ignorado la norma y garantizan el derecho a la asistencia, otras que han asignado fondos de sus presupuestos de ayuda internacional para hacer frente a los gastos sanitarios de los inmigrantes ilegales, etc. Estas diferencias afectan a derechos ciudadanos, así como a la movilidad geográfica en busca de trabajo, etc. Sería recomendable que hubiera un tratamiento común del SNS hacia estas cuestiones, en vez de soluciones asimétricas por comunidad autónoma.

Acceso a la asistencia sanitaria pública. Hay cinco ejes de acceso que el Sistema Nacional de Salud debería alcanzar para ser equitativo. Acceso físico, legal, financiero, cultural, y acceso a la calidad, que requiere mi-

nimizar las variaciones en la práctica médica (VPM) no explicadas por las diferencias en morbilidad que puedan llevar a diferente potencial de salud. Cuanto más comprensivo y uniforme en la calidad, más justo será el sistema sanitario. Se hace imprescindible completar la información sobre las VPM en España para poder implantar políticas de acceso a una calidad similar, tanto a escala individual como geográfica.

Coordinación del Sistema Nacional de Salud. Las CC. AA. han de coordinarse con el Gobierno para garantizar la equidad del SNS, evitando desigualdades inaceptables en el acceso. La gestión del SNS descentralizado requiere un sistema de información integrado, facilitar la movilidad de recursos y pacientes cuando sea preciso, y el intercambio de conocimiento. Esto se hace especialmente relevante en materia de salud pública.

1.11.1. La financiación sanitaria

Financiación estable. La incertidumbre en la financiación atenaza la acción de los gestores y dificulta la innovación. En cualquiera de los escenarios financieros posibles, sea el de reducción del gasto sanitario, el de congelación o el de crecimiento, la estabilidad financiera debería ser la norma a fin de facilitar la labor de los agentes tanto públicos como privados.

Fuentes de financiación. En el escenario de recursos limitados que se espera para la sanidad pública en España, la incorporación de financiación finalista al presupuesto sanitario a las fuentes ya existentes, como el céntimo sanitario de las gasolinas, impuestos adicionales sobre el tabaco y el alcohol, tasas sobre las grasas y sobre el azúcar, o sobre otros consumos que se consideran perjudiciales para la salud, podrían contribuir a completar la financiación, además de ir alineadas con la política de salud de fomento de hábitos de vida saludables. Además, la contribución de los usuarios puede atenuar la carga financiera de la sanidad pública.

Participación de los ciudadanos en la financiación sanitaria. El copago puede ser eficiente como instrumento para combatir el azar moral en servicios de demanda elástica. Siguiendo el principio de que el copago y otras formas de contribución no deben empobrecer, deberíamos considerar la introducción de copagos en las visitas y en las urgencias y en

prestaciones actualmente no cubiertas, y modulándolos en función de criterios clínicos y de coste-efectividad.

Financiación autonómica. La desaparición de la financiación finalista para la sanidad en el modelo vigente de financiación autonómica puede estar en la base de las desigualdades en los presupuestos per cápita de las CC. AA.. Se hace necesario un debate nacional sobre la idoneidad de establecer mínimos de gasto sanitario per cápita en las CC. AA. suficiente para poder ofrecer la cartera de servicios básica y complementaria en condiciones de igualdad efectiva.

Financiación de proveedores sanitarios. Hay que ensayar métodos de pago a proveedores que estimulen la eficiencia y la coordinación entre niveles asistenciales, es decir, pago por resultados en vez de pago por actividad. La financiación por episodios de enfermedad y los presupuestos capitativos ajustados pueden facilitar el desarrollo del sistema orientado hacia la cronicidad.

1.11.2. Para las organizaciones sanitarias

Las organizaciones sanitarias públicas muestran signos de agotamiento debido a su tradicional rigidez que dificulta la utilización de incentivos para el comportamiento eficiente. La estructura funcional de su personal, el sometimiento al derecho público en la contratación y a la estructura administrativa de los gobiernos, no facilitan la flexibilidad necesaria para el desarrollo de la actividad sanitaria.

Integración de niveles asistenciales. La estructura actual de separación entre Atención Primaria y Especializada hace muy difícil el tratamiento integrado de los pacientes crónicos. El modelo asistencial de crónicos requiere una integración de niveles asistenciales sanitarios y de servicios sociales, en su caso. Los mecanismos contractuales y de financiación han de diseñarse para que se pueda integrar los niveles asistenciales en el nuevo modelo.

Autonomía. Habría que dotar a las organizaciones sanitarias de toda la autonomía que precisen para responder adecuadamente a su misión y poder prestar sus servicios con la mayor calidad y eficiencia, ir virando con prudencia hacia formas organizativas que permitan un funciona-

miento más ágil de las distintas organizaciones de servicios y que esta revisión se base en la experiencia, en el día a día que se vive en cada institución, así como en la implementación de experiencias piloto que permitan calibrar y escalar adecuadamente el alcance y los efectos del cambio de modelo.

Órganos colegiados de gobierno. Para ensanchar la capacidad de decisión autónoma de los centros sanitarios, habría que implantar en todas las organizaciones sanitarias órganos colegiados de gobierno, -consejos de gobierno-, con funciones de consejos de administración, máxima autoridad de la organización ante la que responde el director gerente, y con el mandato de cumplir la misión de la organización y velar por los intereses de los ciudadanos en relación al servicio sanitario público, cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, los presupuestos y las indicaciones de las autoridades sanitarias.

Profesionalización de la gestión. La eficacia, legitimidad y autoridad en la gestión requieren la profesionalización y estabilidad contractual de los gestores, diferenciando su papel del de los políticos responsables últimos de la sanidad pública. Para ello, la sanidad pública debería dotarse, en sus diferentes niveles y especializaciones, de directivos profesionales para la gestión de todas sus organizaciones y servicios, seleccionando y nombrando a los directores gerentes y a todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora, por procedimientos en los que haya concurrencia pública, participación de los respectivos órganos colegiados de gobierno y, en su caso, el asesoramiento profesional correspondiente.

Conflictos de interés. La regulación explícita de los conflictos de interés es un instrumento imprescindible en una organización que quiera ofrecer a la sociedad garantías de transparencia, integridad y buenas prácticas. Por ello, la sanidad pública debería dotarse de una normativa sobre conflictos de interés, obligatoria para todo su personal, que defina los diversos tipos de conflictos de interés y establezca pautas claras de conducta al respecto.

Códigos de conducta. Los códigos de conducta son instrumentos cada vez más utilizados en todo tipo de organizaciones por su contribución a

adecuar los comportamientos y decisiones, individuales y colectivos, a buenas prácticas y estándares éticos, favoreciendo la cultura de integridad. Por ello, la sanidad pública debiera dotarse de un código de conducta general, obligatorio para todo su personal, e impulsar códigos de conducta más específicos para las actividades profesionales o responsabilidades de gestión que así lo requieran.

1.11.3. Los profesionales sanitarios

No es posible llevar a cabo una reforma sanitaria sin contar con los profesionales sanitarios. Sus contratos son necesariamente incompletos, de manera que queda en su mano buena parte de la capacidad de decisión.

Régimen laboral. La estructura actual estatutaria no promueve la eficiencia. Aunque es posible encontrar argumentos en favor de la funcionarización, el resultado del debate frente a la laboralización otorga clara superioridad a esta. Hay que revisar el sistema de contratación y sustituir gradualmente el funcionariado por los contratos laborales. Habría que propiciar los cambios en la regulación a la mayor brevedad porque sus efectos solo se producirán a medio y largo plazo. Paralelamente, es posible avanzar en propuestas de cambio voluntario en el régimen de contratación incentivando el trabajo cooperativo con renuncia al régimen estatutario (cooperativas de profesionales, unidades de base asociativa, etc).

Incentivos a los profesionales sanitarios. Con el objetivo de rescatar o potenciar la motivación intrínseca de los profesionales, proponemos realizar cambios en el sistema de incentivos de los profesionales del sistema sanitario público con la inversión en una nueva clase de capital -capital motivacional- que complemente los incentivos monetarios con inversiones en otros ámbitos de interés para los profesionales.

Participación de los profesionales. Es necesario implicar activamente a los médicos y a todos los profesionales sanitarios en la sostenibilidad de la sanidad pública, en la elaboración de políticas de salud, en la gestión y en la toma de decisiones, potenciando o creando estructuras efectivas de participación y asesoramiento profesional, así como buscando la revitalización de las organizaciones profesionales para que respondan a las necesidades y a los retos de la medicina del siglo XXI.

1.11.4. Los ciudadanos, responsables de su salud

Participación ciudadana. La participación ciudadana en la sanidad requiere la existencia de amplias posibilidades de elección dentro de la sanidad pública y, sobre todo, la existencia en la misma de una cultura organizativa y profesional en la que el paciente tenga en todo momento la información que precisa para tomar sus propias decisiones y el control de todo aquello que concierne a la atención a su salud. Además, en una sanidad centrada en la persona-paciente, el papel activo y la participación del ciudadano en la misma tiene que incluir la potenciación del autocuidado y la autonomía del paciente, la responsabilidad de su propia salud, pero también de la sostenibilidad del conjunto del sistema sanitario.

1.11.5. Para el establecimiento de prioridades

Medir el valor. El objetivo de la provisión sanitaria debería ser lograr un valor elevado para los pacientes, entendiendo por valor los resultados en salud por unidad de coste. Esto es lo que importa a los pacientes y puede aunar los intereses de todos los actores del sistema -pacientes, financiadores, clínicos y proveedores-, pues la mejora en el valor beneficia a todos y mejora la sostenibilidad del sistema (76).

Cultura de evaluación económica. Desde el punto de vista social, la norma a considerar es la eficiencia, no la efectividad. El reto para nuestro sistema sanitario es la incorporación de una cultura de evaluación económica. Para ser eficiente, una prestación debe ser efectiva y segura, pero además debe haber demostrado que vale, desde un punto de vista social, lo que cuesta. Tanto la financiación como la adquisición y utilización de un servicio sanitario deberían apoyarse en criterios transparentes guiados por el concepto de la eficiencia.

Desinvertir puede ser eficiente. Esta norma general no es únicamente susceptible de ser aplicada a nuevas prestaciones, sino también a las ya existentes. Es decir, tendremos que ser capaces de utilizar la información ya disponible, y si fuera necesario generar nueva, para identificar los servicios y situaciones en los que desinvertir suponga un ahorro de recursos sin merma de la calidad asistencial, o incluso con ganancia de la misma.

Medida de la efectividad para la evaluación económica. En España recientemente se ha desarrollado un conjunto de valores de los estados

de salud del EQ-5D-5L representativos para la población española. Recomendamos a las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias la utilización de las medidas tipo AVAC o QALY, ya disponibles en España, para medir la efectividad de las tecnologías objeto de evaluación.

Costes unitarios. Es también necesario contar con una relación de costes unitarios aplicable a la evaluación económica de tecnologías sanitarias en España. Las bases de datos existentes no son suficientes. Hay que desarrollar una base de datos de costes unitarios siguiendo criterios de contabilidad analítica avanzados (costes basados en procesos).

Umbral de coste-efectividad. Aunque la cifra mágica de 30.000 euros por QALY se viene considerando como un umbral aceptable para guiar las decisiones respecto a la eficiencia de una determinada tecnología sanitaria, no tiene una justificación suficiente. Es preciso acordar un umbral de coste-efectividad que facilite la toma de decisiones sobre qué tecnologías son consideradas eficientes. Se trata de un juicio de valor y por tanto el umbral debe ser establecido por los agentes legitimados para ello, es decir, las autoridades sanitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dávila CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria* 2009; 23 (4): 261-265.
2. Cabasés JM, Oliva J. El gobierno de la sanidad frente a la crisis económica. Notas sobre economía de la salud y sostenibilidad del sistema sanitario. Cuadernos Económicos, FUNCAS, 2011.
3. López Fernández LA, Martínez Millán JI, Fernández Ajuria A, March Cerdá JC, Suess A, Danet Danet A, Prieto Rodríguez MA. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit* 2012; 26 (4): 298-300.
4. Beltrán Aguirre JL. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Análisis crítico en relación con los derechos ciudadanos y las competencias autonómicas (Mimeo).
5. Asociación de Economía de la Salud (2012). Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012. Disponible en www.aes.es
6. Asociación de Economía de la Salud (2008). Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad. Disponible en www.aes.es
7. Bernal E, Campillo C, González B, Meneu R, Puig-Junoy J, Repullo JR, Urbanos R (2011). La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Disponible en www.aes.es
8. OECD. "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2. Economics. 2010.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mundial. La financiación de los sistemas de salud. 2010.
10. OECD. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012. España en comparación. 2012.
11. García Calatayud ML, Relaño Toledano JJ. Private health expenditure - data sources and estimation methods. Country case study: Spain. Room document presented at the Workshop on Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures under the System of Health Accounts Framework, 12 June 2009. OECD Conference Centre, Paris, France.
12. Martín JJ, López del Amo MP, Cano MD. Revisión de la literatura de los determinantes del gasto sanitario. En: Cabasés JM (ed). *La Financiación Sanitaria Autonómica*. Madrid: Fundación BBVA 2010.

13. Baumol WJ. Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. *American Economic Review* 1967; 57 (3): 415-426.
14. Hartwig J. What drives health care expenditure? Baumol's model of "unbalanced growth" revisited. *Journal of Health Economics* 2008; 27: 603-623.
15. Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
16. Gispert R, Barés M de A, Puigdefàbregas A. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit* 2006; 20 (3): 184-93.
17. García Armesto S, Abadía Taira MB, Durán A, Hernández Quevedo C, Bernal Delgado E. España: Análisis del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición* 2011; 12 (4): 1-269.
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2011. 2012.
19. Mladovsky PH, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thompson S, McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy Summary 5. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 2012.
20. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd edition. Oxford University Press 1989.
21. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: EUDEMA 1989.
22. Daniels N, Light D, Caplan RL. *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform*. New York: Oxford University Press 1996.
23. Fleurbay M, Maniquet F. HYPERLINK "<http://www.worldscibooks.com/economics/8287.html>" \n _blank Equality of Opportunity. *The Economics of Responsibility*, World Scientific Publishing. 2012.
24. Roemer J. *Equality of Opportunity*. Cambridge (Mass.). Harvard University Press 1998.
25. Arneson RJ. Equality and equal opportunity for welfare. *Philosophical Studies* 1989; 56: 77-93.
26. Oliver A, Cookson R. Towards multidisciplinary research into health inequalities. *Health economics* 2000; 9 (7): 565-66.
27. Daniels N. *Just Health Care*. Cambridge, England: Cambridge University Press 1985.
28. Mas-Colell A. Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud. En: López Casanovas G (director). *Análisis Económico*

- de la Sanidad. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat y Seguretat Social 1994.
29. Mas-Colell A. La información como factor determinante en la Economía de la Salud. En: Fundación BBV: La Formación de los Profesionales de la Salud. Escenarios y factores determinantes. Bilbao, 1997.
 30. 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. BOE martes 24 de abril de 2012.
 31. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
 32. Bardají G, Viñas M. "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas". En: López-Casasnovas (dir.) y A. Rico Gómez (coord.). Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Bilbao: Fundación BBVA 2001.
 33. Tornos Más J. Sistema de Seguridad Social *versus* Sistema Nacional de Salud, Revista de Derecho y Salud 2002; vol. 10, núm.1.
 34. Beltrán JL. Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno a la igualdad. Revista Derecho y Salud 2002; 10, n.º 1, enero-junio: 15-28.
 35. Beltrán Aguirre JL. ¿Sistema nacional de salud o asistencia sanitaria de la seguridad social? Derecho y Salud 2007; vol. 15: 27-39.
 36. Cabasés JM. La financiación sanitaria en el sistema nacional de salud descentralizado. Derecho y Salud 2002; 10: 29-37.
 37. Cabasés JM. El nuevo modelo de financiación sanitaria. En: González Fidalgo *et al.* Coordinación e incentivos en sanidad. Asociación de Economía de la Salud. Oviedo, 2001.
 38. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
 39. Rawls J (1971). A theory of Justice. Harvard U. Press. Versión castellana: Teoría de la Justicia. FCE. México, 1978.
 40. Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. Gac Sanit 2012; 26: 78-9.
 41. Puig-Junoy J. ¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias. Barcelona: Los Libros del Lince 2012.
 42. Roemer J. Theories of distributive Justice. Cambridge, Masschusetts: Harvard University Press 1996.

43. Bos M. Evidence-Based Medicine in The Netherlands. En: Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Medicina Basada en la Evidencia (MBE): Evaluación Tecnológica y Práctica Clínica. Madrid: Jarpyo Editores 1997: 21-28.
44. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-25.
45. Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.
46. Cabasés JM (coord.). La financiación del gasto sanitario en España. FBBVA 2010.
47. Umpierre M, Utrilla A. La adecuación de la financiación sanitaria a la evolución de las necesidades y al gasto por comunidades autónomas. Un análisis de las repercusiones de los modelos de financiación en el periodo 1999-2009. Ponencia: Congreso de Economía Pública. Santiago de Compostela, 2012.
48. Charlesworth A, Davies A, Dixon J. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. Nuffield Trust. Research Report. 2012.
49. Moreno K. An adaptation of Activity-Based-Costing (ABC) to calculate unit costs in Mental Health Care in Spain. European Journal of Psychiatry 2007; 21 (7): 117-123.
50. Moreno K, Montesino M. Economic impact of TVT surgery for urinary incontinence in an ambulatory regimen compared with hospital admission: a study of the minimization of costs in a public hospital in Navarra Health Service (Spain). Scandinavian Journal of Urology and Nephrology 2007; 41 (5): 392-397.
51. Cabasés JM, Freire JM. Texto inicial para el debate y consenso sobre los temas principales del buen gobierno y sus instrumentos. Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca. 2010.
52. Consejo de Europa. Recommendation CM/Rec (2010) 6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems. (Adopted by the Committee of Ministers on 31 March 2010 at the 1081st meeting of the Ministers' Deputies).
53. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE de 5 de octubre).
54. González López-Valcárcel B, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. J Epidemiol Community Health 2010; 64: 497-9.

55. Acedo K y Freire JM. Implementación de buenas prácticas de gestión pública. Comité Asesor del Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca Documento de Trabajo (mimeo). 2011.
56. Ruano A. El conflicto de intereses económicos de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). 2011.
57. Department of Health, Government of UK (2002). Code of Conduct For NHS Managers.
58. Jiménez Rubio D. La evaluación de las políticas de descentralización sanitaria: Retos para la investigación futura. En: Cabasés JM (coord.). La financiación del gasto sanitario en España. FBBVA 2010.
59. Cantarero D, Pascual M. Decentralisation and health care outcomes: An empirical analysis within the European Union, Documento de Trabajo de FEDEA. 2006: Disponible en: <http://www.fedea.es/pub/eee220.pdf>
60. Cantarero D, Pascual M. Analysing the impact of fiscal decentralization on health outcomes: empirical evidence from Spain. *Applied Economics Letters* 2008; 15: 109-11.
61. INE. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la Población de España a Corto Plazo (2010-2020). Metodología. Madrid, septiembre de 2010.
62. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the Money — Controlling Expenditures by Improving Care for Patients Needing Costly Services. *N Engl J Med* 2009; 361: 1521-1523.
63. Agency for Healthcare Research and Quality. United States Medical Expenditure Panel Survey 2006. Rockville, United States: Agency for Healthcare Research and Quality.
64. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Elsevier – Masson 2008.
65. Fernández Díaz JM. Tecnologías de la información al servicio de la gestión de las enfermedades crónicas. En: Bengoa R y Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Cap. 7. Barcelona: Elsevier – Masson 2008.
66. Ham C. Reorienting the English NHS to Chronic Care: what has been tried and what has worked? International Congress: Transforming Health Systems for Chronic Patients: The Challenge of Implementation. Bilbao, June 2nd 2010.

67. Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo (2010). Estrategia para abordar la cronicidad en Euskadi.
68. Arrow J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 1963; 53: 941-973. Traducción española en *Información Comercial Española*, n.º 574, Junio, 1981.
69. Greenwald B, Stiglitz JE. Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets. *Quarterly Journal of Economics* 1986.
70. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SEESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22 (Supl. 1): 143-55.
71. Akerlof GA, Kranton RE. Identity and the Economics of Organizations. *Journal of Economic Perspectives* 2005; 19:1-, winter: 9-32.
72. Berdud M, Cabasés JM. Incentives beyond the money and motivational capital in health care organizations. Documento de trabajo. Departamento de Economía. Universidad Pública de Navarra. D.T. 1201. 2012.
73. Berdud M, Cabasés JM, Nieto J. Incentives Beyond the Money: Identity and Motivational Capital in Public Organizations. Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra (D.T.1214). 2012.
74. Thaler R, Sunstein C. Un pequeño empujón (Nudge). Ed. Taurus 2009.
75. San Miguel F, Sánchez-Iriso E, Cabasés JM. Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: la aplicación de modelos de elección discreta. *Gac Sanit* 2008; vol. 22, n.º 2: 90-97.
76. Porter ME. What is value in Health Care? *N Engl J Med* 2010; 363: 2477-2481.
77. Asociación de Economía de la Salud. Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación con la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el sistema nacional de salud. Abril 2008. Disponible en www.aes.es.
78. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit* 2011; 25 (4): 333-8.
79. Drummond M, Stoddart G, Torrance G. Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Atención a la Salud. Madrid: Díaz de Santos 1991.

80. Drummond MF, Sculper MJ, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (3rd Edition). UK: Oxford University Press 2005.
81. Gold M, Siegel J, Russell L, Weinstein M (Eds.). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York-Oxford: Oxford University Press 1996.
82. Cabasés JM. *Análisis Coste-Beneficio*. Serie Informes Técnicos, n.º 7. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 1994.
83. Buti M, San Miguel R, Brosa M, Cabasés JM, Medina M, Casado MA, Fosbrook L, Esteban R. Estimating the impact of hepatitis C virus therapy on future liver-related morbidity, mortality and costs related to chronic hepatitis C. *Journal of Hepatology* 2005; 42 (5): 639-645.
84. San Miguel R, López-González AM, Sánchez-Iriso E, Mar J, Cabasés JM. Measuring health-related quality of life in drug clinical trials: is it given due importance? *Pharmacy World & Science* 2008; 30 (2): 154-160.
85. National Institute for Clinical Excellence. *Guide to the Methods of Technology Appraisal*. April 2004.
86. Birch S, Gafni A. Economists' dream or nightmare? Maximising health gains from available resources using the NICE guidelines. *Health Economics Policy Law* 2007; 2: (2): 193-202.
87. Brooks R and the-Euro-Qol-Group. Euro-Qol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 57-72.
88. Ramos-Goñi JM, Errea M, Rivero-Arias O, Cabasés JM. EQ-5D-5L valuation project for the Spanish population – a descriptive overview and preliminary results. Paper presented to the EuroQol Plenary Meeting, Rotterdam. 2012.
89. Badia X, Monserrat S, Roset M, Herdman M. Feasibility, validity and test-retest reliability of scaling methods for health states: the visual analogue scale and the time trade-off. *Quality of Life Research* 1999; 8: 303-310.
90. Pinto Prades JL. Trying to estimate a monetary value for the QALY. *Journal of Health Economics* 2009; 28: 553-562.
91. Donaldson C (coord.). *European Value of a QALY. EUROVAQ Project. Final Report*. 2010.
92. Donaldson C, Baker R, Mason H, *et al.* The social value of a QALY: raising the bar or barring the raise? *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 8.
93. Neumann PJ, Weinstein MC. Legislating against Use of Cost-Effectiveness Information. *NEJM* 2010; 363: 1495-97.

2

Realidad económica y de gestión del sistema sanitario en España y propuestas para un inmediato futuro

Gabriel Uguet Adrover



Sobre sanidad y modelos sanitarios se escriben infinidad de líneas y publicaciones, tanto de carácter divulgativo como de orden científico-técnico. Simplemente al introducir las palabras “sistema sanitario”, en español, en el buscador Google aparecen más de tres millones de resultados. Ahora más que nunca, ante el azote de la actual grave crisis económica cuyo final de momento no somos capaces de atisbar, vemos la necesidad de acometer verdaderas reformas que contribuyan a dotar de eficiencia al sistema. Si se trata de recursos sanitarios, la eficiencia no consiste en otra cosa que en poder prestar un servicio de alta calidad coste-eficiente, universal y equitativo al conjunto de la población, de manera que los recursos a ello destinados cubran las crecientes necesidades. En este sentido, estimado lector, en los próximos capítulos encontrarás una aproximación a la realidad sanitaria de nuestro país enfocada más hacia la llamada gestión indirecta de los servicios y a arrojar luz, desde la vertiente más práctica, sobre los distintos modelos que conviven, intentando ofrecer una visión muy resumida, para no aburrir, al tiempo que voy a intentar exponer mi opinión acerca de cómo debería organizarse la sanidad pública en el año 2020. El documento se estructura en cuatro capítulos tal como se detalla a continuación.

En el primer capítulo, en el marco de la gestión de servicios públicos, vamos a acercarnos a los conciertos y convenios para llevar a cabo una aproximación a los mismos que nos permita ver a, modo de radiografía, los más característicos, abordando tanto la asistencia primaria como la especializada. Respecto del modelo MUFACE se realiza una comparativa de su coste con el de la asistencia del Sistema Nacional de Salud.

El segundo capítulo está dedicado a la colaboración público-privada y a la distribución en el territorio español de los modelos PPP (*Public Private*

Partnership) y PFI (*Private Finance Initiative*), aportando ejemplos de su aplicación como el llamado “Modelo Alzira” de la Comunidad Valenciana o ejemplos de implantación del modelo PFI en el caso del Hospital Universitario de Son Espases de Palma de Mallorca. Hemos procurado en toda esta exposición adentrarnos en los pormenores prácticos de la aplicación de los modelos analizando sus ventajas e inconvenientes.

En el tercer capítulo se realiza una aproximación a la “foto fija” de la realidad económica de nuestro sistema sanitario, distribuido en los 18 subsistemas que cohabitan. En este capítulo se lleva a cabo un análisis del gasto y de su evolución por comunidades autónomas en los últimos años, así como una breve reseña de las medidas adoptadas por sus distintos gobiernos en los presupuestos para tratar de atajar y evitar el resquebrajamiento del sistema. Se dedica un breve apartado a la evolución de la deuda sanitaria, uno de los males endémicos de la realidad sanitaria en España.

Como colofón, en el cuarto y último capítulo me atrevo a ofrecer una visión personal de hacia donde debería evolucionar nuestro actual sistema para garantizar su sostenibilidad a medio plazo.

Por último, y antes de iniciar el análisis descrito, quiero agradecer la inestimable ayuda que he tenido por parte de mi gran amigo Toni Fuster Miró; sin él hubiese sido imposible realizar este trabajo, y la paciencia y apoyo que me brinda desde hace ya más de 17 años mi estimada mujer, Sebastiana Bonet. Igualmente quiero disculparme con mis hijos, Biel y Marc, por las horas que he dedicado al libro y que, en consecuencia, no les he podido dedicar a ellos.

2.1. LOS CONCIERTOS Y CONVENIOS SANITARIOS: UNA APROXIMACIÓN

2.1.1. Antecedentes: los conciertos y convenios en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril

El régimen de contratación administrativa es el marco de referencia mediante el cual se conforman las relaciones contractuales con entidades que no son de titularidad pública. Sin embargo, la posibilidad de establecer o fijar vínculos de colaboración en materia de asistencia sanitaria entre el sector público y el sector privado está amparada por la Ley General de Sanidad 1986 de 25 de abril, que dedica el título IV a tratar las actividades sanitarias de carácter privado. Su título es: “De las actividades sanitarias privadas”, reconociendo en el mismo el ejercicio libre de las profesiones sanitarias. En el articulado de este texto legal se establecen dos rutas de acceso para que la administración sanitaria pueda disponer de actividad sanitaria realizada por cuenta de terceros: la del *Concierto* (art.90) y la del *Convenio* (arts. 66 y 67). Según apunta J. L. Lafarga Traver¹, “el concierto se erige en un instrumento de colaboración con el sistema sanitario público para completar puntual o coyunturalmente su oferta asistencial, mientras que el convenio supone la plena integración del establecimiento en la red hospitalaria pública, quedando sometido a un régimen idéntico al de los centros públicos”.

La Ley 14/1986 sienta las bases de colaboración; posteriormente, de acuerdo al modelo existente, las comunidades autónomas en sus respectivos ordena-

¹ Mesa de trabajo convenios singulares y contratos. XIV Congreso Derecho y Salud. Volumen 14, marzo de 2006.

Artículo sesenta y seis

1. Formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas la creación de una red integrada de hospitales del sector público.

Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten.

2. Los protocolos serán objeto de revisión periódica.
3. El sector privado vinculado mantendrá la titularidad de centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios.

Artículo sesenta y siete

1. La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior se realizará mediante convenios singulares.
2. El Convenio establecerá los derechos y obligaciones recíprocas en cuanto a duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones de prestación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con las disposiciones que se dicten para el desarrollo de esta Ley. El régimen de jornada de los hospitales a que se refiere este apartado será el mismo que el de los hospitales públicos de análoga naturaleza en el correspondiente ámbito territorial.
3. En cada Convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del sistema sanitario se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo.

El cobro de cualquier cantidad a los enfermos en concepto de atenciones no sanitarias, cualquiera que sea la naturaleza de estas, podrá ser establecido si previamente son autorizados por la

Administración Sanitaria correspondiente el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar.

4. Serán causas de denuncia del Convenio por parte de la Administración Sanitaria competente las siguientes:
 - a) Prestar atención sanitaria objeto de Convenio contraviniendo el principio de gratuidad.
 - b) Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas.
 - c) Infringir las normas relativas a la jornada y al horario del personal del hospital establecidos en el apartado 2.
 - d) Infringir con carácter grave la legislación laboral de la Seguridad Social o fiscal.
 - e) Lesionar los derechos establecidos en los artículos 16, 18, 20 y 22 de la Constitución cuando así se determine por sentencia.
 - f) Cualesquiera otras que se deriven de las obligaciones establecidas en la presente Ley.
5. Los hospitales privados vinculados con el Sistema Nacional de la Salud estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados.

Artículo noventa

1. Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas. A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.
2. A los efectos de establecimiento de conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo.
3. Las Administraciones Públicas Sanitarias no podrán concertar con terceros la prestación de atenciones sanitarias, cuando ello pueda contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

4. Las Administraciones Públicas dentro del ámbito de sus competencias fijarán los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a los conciertos a que se refieren los apartados anteriores. Las condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración.
5. Los centros sanitarios susceptibles de ser concertados por las Administraciones Públicas Sanitarias deberán ser previamente homologados por aquellas, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente.
6. En cada concierto que se establezca, además de los derechos y obligaciones recíprocas de las partes, quedará asegurado que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios afectados por el concierto será la misma para todos, sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza propia de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante.

mientos han regulado e incorporado estas figuras jurídicas para permitir que se establezcan relaciones con el sector privado.

Con la figura jurídica de *Convenio singular* se ha producido en la doctrina un amplio debate, mientras algunos autores como A. Menéndez Rexach sostienen que la vinculación de los centros hospitalarios privados es una típica situación reglamentaria en la que su inclusión o exclusión se realiza a través de una resolución administrativa, sosteniendo que los Convenios singulares no son contratos administrativos y por tanto no sujetos a la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP). Otros como F. J. Villar Rojas sostienen que los convenios singulares con los hospitales privados reúnen todos los requisitos para ser considerados contrato administrativo de gestión de servicios públicos en la modalidad de conciertos.

2.1.2. La concertación sanitaria: breve radiografía

El panorama de la concertación de servicios sanitarios en el territorio español se extiende de manera irregular dependiendo de la estructura de los recursos disponibles y de las necesidades que plantean las distintas comunidades que lo conforman.

En referencia a la demanda de servicios que son susceptibles de formar parte de los procesos de concertación (Figura 2.1.1.), se encuentran de forma general las especialidades quirúrgicas y las pruebas complementarias y diagnósticas (laboratorio, PET, TAC, RMN, etc.), aunque también en momentos puntuales de sobresaturación de servicios públicos se extiende a especialidades médicas para procesos crónicos o pluripatológicos. Como sea que en estos últimos años se han incorporado criterios de calidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y uno de ellos es el tiempo de respuesta en la atención médica, ello ha contribuido a que las distintas comunidades autónomas (CC. AA.) hayan regulado procedimientos para garantizar una asistencia rápida y de calidad intentado penalizar las demoras en la atención de los pacientes. Son los llamados “Procedimientos de Garantía de Demoras”, en los que se garantiza, como hemos mencionado, un tiempo de respuesta en la atención sanitaria; transcurrido este plazo sin recibir la misma, el ciudadano tiene la opción de poder recibirla de otro centro asistencial sea público o privado. Una de las primeras comunidades en regular este procedimiento fue

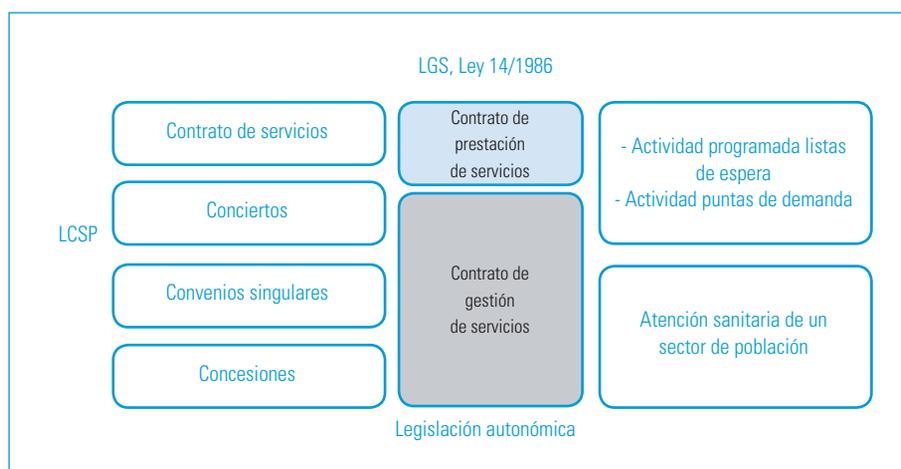


FIGURA 2.1.1. Marco legal de la contratación y concertación de servicios en España.

Fuente: elaboración propia.

Castilla-La Mancha, a la que le siguieron el resto de comunidades. Sin embargo, en la mayor parte de las CC. AA. estos procedimientos se han visto suspendidos debido a la coyuntura económica actual.

Los convenios singulares se utilizan para cubrir necesidades asistenciales de contingentes concretos de población; la ley establece preferencias de concertación en condiciones de igualdad con centros sin ánimo de lucro frente a las entidades con ánimo de lucro. Por tal motivo, nos encontramos en la mayoría de CC. AA. con conciertos con la Orden de San Juan de Dios o con Cruz Roja. El paradigma de la concertación en España es Cataluña como veremos más adelante.

De los 63.768 millones de euros a los que asciende el gasto sanitario público, incluido el gasto destinado a atención de larga duración, la actividad concertada supone un 11,3%² (en el informe 2008 representaba un 12,40%) del gasto sanitario total de España. Su impacto en la facturación global de centros de titularidad privada oscila según diferentes fuentes consultadas en un rango del 20 al 30% de concertación sobre el total de la facturación realizada. Si bien a pesar de la tendencia anual sostenida de incrementos surgida a raíz de la incorporación de modelos de gestión privada en la gestión de servicios públicos a lo largo de estos últimos ejercicios, a partir de la incidencia de la crisis económica la proyección de esta sobre los presupuestos de las CC. AA. ha mermado la capacidad de concertación de servicios, por lo que esta tendencia se ha estancado o incluso ha sido negativa. Esta reducción en la concertación resulta sorprendente, ya que comparativamente en términos de coste, el coste de producción de los mismos es menor que el de la producción mediante la gestión directa, por lo que en momentos de ajustes esta figura debería potenciarse y no reducirse como han hecho demasiadas CC. AA. En general, los servicios de salud de la distintas CC. AA. han optado por rebajar e incluso eliminar la concertación de servicios como medida para reducir el impacto del gasto sanitario, actuación que puede tildarse de cortoplacista y simplista, ya que sin duda las medidas que se deben adoptar deben ser medidas más a medio o largo plazo mediante

² Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.De

reformas estructurales del sistema evaluando el ratio coste/eficiencia del mismo.

En la Figura 2.1.2. se enuncian los porcentajes representativos de la distribución del impacto en la facturación de las clínicas de titularidad privada, donde se aprecia la significativa cantidad del 27% (ejercicio 2011) en materia de conciertos públicos.

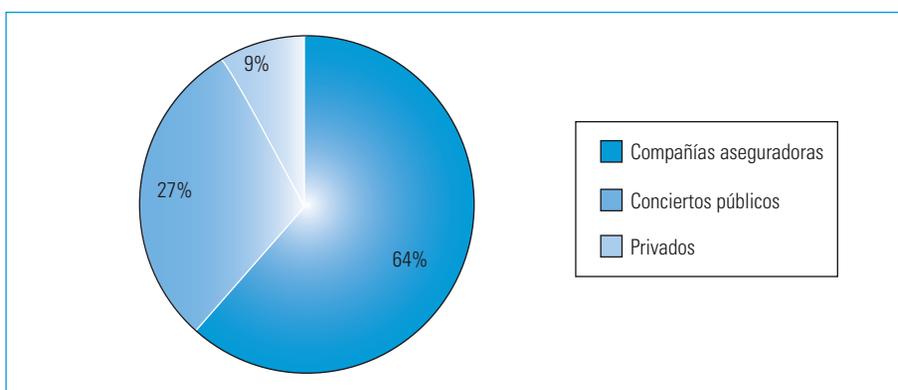


FIGURA 2.1.2. Distribución de la facturación en centros de titularidad privada.

Fuente: elaboración propia a partir de "Informe sectores clínicas privadas". DBK, abril 2012.

2.1.2.1. Ventajas de la concertación

Las ventajas que aporta la concertación de servicios las podemos agrupar en:

Para la Administración:

- La concertación de servicios ofrece a la Administración la posibilidad de atender la demanda sanitaria de un determinado sector de población con medios ajenos sin necesidad de incrementar los recursos propios, lo que proporciona flexibilidad al sistema.
- En materia de costes la prestación de servicios por medios concertados tiene unos costes inferiores a los de la prestación por medios propios. Ello permite una gestión más eficiente del presupuesto de gasto sanitario.

Para el usuario/cliente:

- Con los medios concertados la Administración mejora los tiempos de respuesta en la prestación de servicios, lo que contribuye a un grado de satisfacción mayor.

- Frente al “cliente cautivo” que representa la actividad de gestión directa para el usuario de la sanidad pública, los medios concertados se someten a una evaluación por parte de la Administración que incluye las encuestas de satisfacción. Si esta evaluación no es positiva, cabe la posibilidad de rescindir el contrato.

Para las empresas/sector sanitario privado:

- Los conciertos son una importante fuente generadora de ingresos para las empresas sanitarias privadas.
- Contribuyen a la diversificación de ingresos para el sector.

Para la sociedad en general:

- Contribuye a mantener y generar empleo tanto de forma directa en empresas sanitarias como de forma indirecta en empresas suministradoras, de mantenimiento y de tecnología entre otras.
- Contribuye a la generación de PIB.

2.1.2.2. Radiografía de la actividad concertada

Este apartado se dedica a plasmar las cifras y datos relacionados con la concertación de servicios sanitarios; para ello se ha contado con la información elaborada por el Servicio de Estadística del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en concreto con la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) 2009 y otras fuentes especializadas (DBK informa).

En la Tabla 2.1.1. y en la Figura 2.1.3. se muestra la evolución del importe del gasto total en conciertos realizados por las distintas CC. AA. en el periodo 2002-2009. Se observa claramente que del periodo 2002 al

Tabla 2.1.1. Serie de gasto sanitario total (2002-2009). Conciertos por CC. AA.

Gasto sanitario público (2002-2009): principio de devengo
Clasificación económico-presupuestaria
Comunidades autónomas (conciertos)

	Miles de euros/Porcentaje sobre el total							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
Gasto total	3.651.162	4.006.084	4.359.599	4.768.811	4.967.451	5.339.027	5.842.677	5.801.987
	10,5	10,3	10,4	10,4	9,8	9,7	9,6	9,0

*Cifras provisionales.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del EGSP real 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.

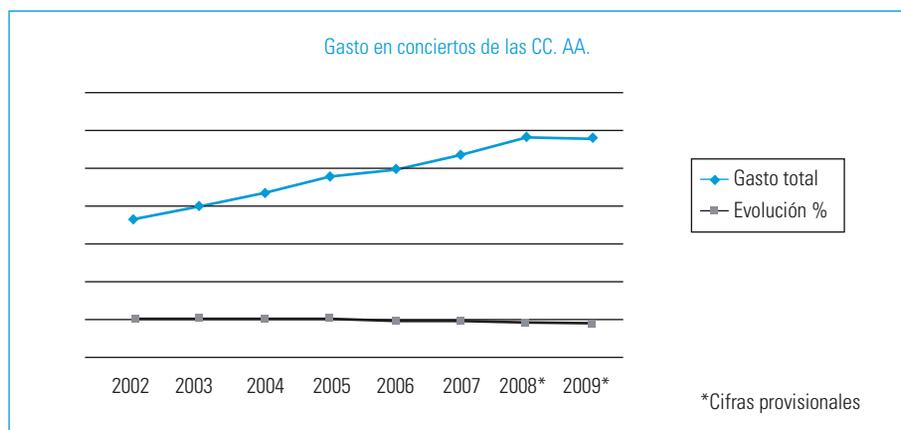


FIGURA 2.1.3. Evolución y tendencia del gasto en conciertos (2002-2009).

Fuente: elaboración propia a partir de datos del EGSP real 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.

2009 se ha multiplicado el gasto aproximadamente por 1,59, es decir, el incremento en gasto es del 59% en ocho ejercicios. Aunque la tendencia en valores absolutos ha sido claramente positiva, en términos relativos se observa una leve disminución a partir del ejercicio 2006, lo que indica que proporcionalmente las cantidades destinadas a conciertos se van manteniendo con una ligera tendencia a la disminución sobre el presupuesto sanitario público total.

Desde otra fuente de datos, en la Figura 2.1.4. se observa de forma clara la tendencia que ha experimentado la concertación de servicios sanitarios

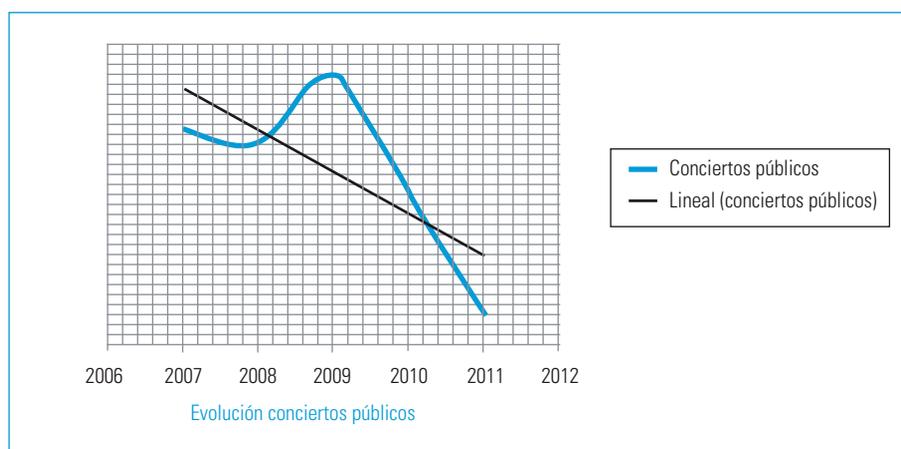


FIGURA 2.1.4. Evolución de los conciertos públicos (2007-2011).

Fuente: elaboración propia a partir de datos DBK.

durante estos últimos ejercicios; en especial se debe señalar el punto de inflexión fijado en el ejercicio 2009. Los datos corresponden a facturación por actividad concertada respecto a facturación total de los centros sanitarios privados. Resulta claro que la disminución va pareja a la difícil situación económica que ha afectado, entre otros, a los presupuestos públicos.

En la Tabla 2.1.2. y la Figura 2.1.5. se recoge la distribución de los conciertos por CC. AA. Destaca fundamentalmente la gran diferencia

Tabla 2.1.2. Gasto sanitario público en conciertos distribuido por CC. AA.

Gasto sanitario público (2002-2009): principio de devengo								
Clasificación económico-presupuestaria								
Comunidad autónoma (conciertos)								
	Miles de euros/Porcentaje sobre el total de gasto consolidado de la comunidad							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
Andalucía	302.083	315.068	333.581	370.142	347.852	411.940	442.483	485.994
	5,1	4,9	4,7	4,9	4,2	4,6	4,3	4,7
Aragón	40.756	43.295	52.510	52.682	63.458	66.989	79.787	79.784
	3,8	3,5	3,8	3,7	4,0	3,8	4,2	3,9
Asturias	60.260	58.010	83.841	87.410	93.661	94.853	108.618	116.886
	6,1	5,3	7,1	7,0	7,0	6,7	7,0	6,7
Islas Baleares	29.299	30.497	44.316	49.520	53.704	55.683	61.021	65.564
	4,2	3,8	5,0	4,6	5,0	4,6	4,6	4,7
Cantabria	19.179	34.389	36.435	46.134	54.357	65.363	17.880	30.302
	3,6	5,6	5,5	6,4	7,1	7,9	2,3	3,8
Canarias	153.868	183.208	166.489	207.668	229.966	245.723	271.296	287.424
	9,6	10,1	8,7	9,6	9,8	9,7	9,4	9,5
Cataluña	2.038.289	2.216.731	2.327.932	2.565.005	2.522.128	2.711.896	2.937.779	2.679.565
	36,5	35,0	35,0	35,5	30,9	30,0	29,6	25,3
Castilla y León	97.673	114.520	127.108	127.941	137.573	137.765	161.042	139.937
	4,7	4,8	5,0	4,6	4,3	4,5	4,4	3,9
Castilla-La Mancha	85.387	97.677	78.633	157.585	147.407	129.906	133.098	109.816
	5,8	6,1	4,9	7,6	6,2	5,3	5,2	3,7
C. Valenciana	173.611	192.887	220.292	288.744	341.935	336.486	390.301	388.395
	5,0	4,8	5,1	6,0	6,6	6,0	6,3	5,8
Extremadura	59.422	49.901	48.323	53.393	54.442	57.778	62.093	69.386
	6,1	4,6	4,2	4,3	4,0	3,8	3,7	3,9

Tabla 2.1.2. Gasto sanitario público en conciertos distribuido por CC. AA.
(continuación)

Gasto sanitario público (2002-2009): principio de devengo								
Clasificación económico-presupuestaria								
Comunidad autónoma (conciertos)								
	Miles de euros/Porcentaje sobre el total de gasto consolidado de la comunidad							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
Galicia	129.905	138.287	222.889	84.948	194.877	206.202	221.253	225.299
	5,6	5,4	7,9	2,9	6,0	5,9	5,8	5,6
Madrid	224.965	272.954	327.540	345.133	354.858	407.354	462.207	608.961
	5,3	5,9	6,2	6,1	5,8	6,0	6,2	7,5
Región de Murcia	73.109	85.210	96.983	110.160	122.022	125.906	169.488	159.785
	7,2	7,4	7,5	7,7	7,7	7,2	7,9	7,1
C. Foral de Navarra	27.434	29.053	31.251	33.070	41.125	45.349	53.638	65.071
	4,9	4,7	4,7	4,7	5,4	5,5	5,8	6,5
País Vasco	129.486	137.105	149.389	172.280	185.111	215.089	242.405	257.089
	6,4	6,3	6,5	6,8	6,8	7,1	7,2	7,1
C. de La Rioja	6.436	7.292	12.089	16.995	22.978	24.744	28.288	32.728
	2,6	2,7	3,9	4,8	5,0	4,4	6,0	7,0

*Cifras provisionales.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del EGSP real 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.

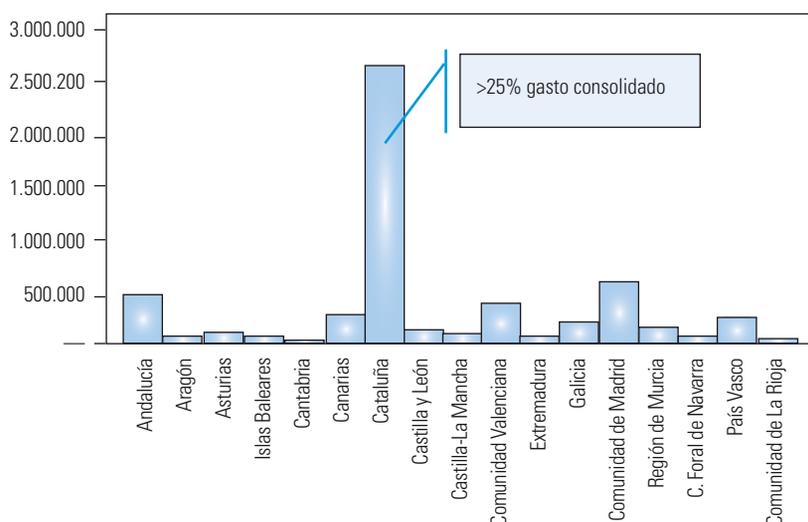


FIGURA 2.1.5. Gráfico relativo a la concertación de servicios por CC. AA.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del EGSP real 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.

que supone la concertación de servicios en la comunidad de Cataluña respecto al resto de comunidades, fruto del particular sistema sanitario que disfruta y que será objeto de explicación en el siguiente apartado.

2.1.2.3. Modelos característicos de concertación: el modelo sanitario de Cataluña y el mutualismo administrativo (modelo MUFACE)

Para conocer un poco más a fondo la gestión indirecta de los servicios sanitarios públicos, en los próximos apartados nos adentraremos en el conocimiento en mayor profundidad de las características esenciales de dos modelos característicos de nuestro sistema sanitario.

2.1.2.3.1. *El modelo sanitario de Cataluña*

La CA de Cataluña define en su página web institucional a su sistema sanitario como "un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de uso público todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud". Cataluña fue la primera autonomía que recibió las transferencias sanitarias del Insalud en el año 1981.

El modelo sanitario de Cataluña se caracteriza por:

1. Utilización de los mismos principios fundamentales del SNS: cobertura, financiación...
2. Las funciones de planificación, compra y provisión de servicios se encuentran separadas.
3. El agente que realiza la compra de servicios es el Servei Català de Salut.
4. El sistema se distribuye en una red de servicios de salud de utilización pública e implantación territorial: centros de diferente titularidad tanto pública como privada.
5. La autogestión es el método utilizado para la gestión de algunos centros asistenciales.
6. Al ser un modelo transferido, goza de un ámbito regulador potente, con capacidad de planificación y regulación, ejerce la regulación normativa (acreditación) y establece las políticas sanitarias.
7. El mecanismo regulador de importancia fundamental es la compra de servicios.

El modelo sanitario catalán responde al esquema general que se representa en la Figura 2.1.6. Este modelo persigue un aprovechamiento claro tanto de los recursos públicos como privados para dar cobertura a los 7,6 millones de ciudadanos que residen en esta comunidad.

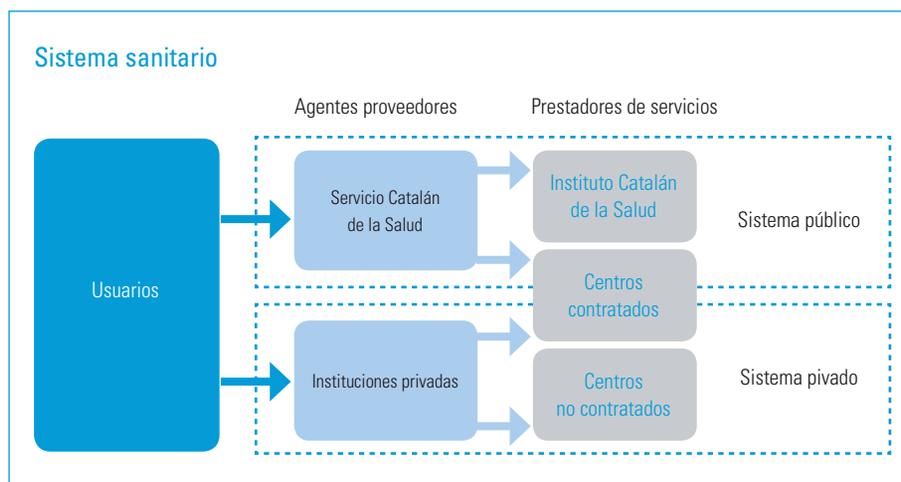


FIGURA 2.1.6. Esquema general del modelo sanitario catalán.

Fuente: elaboración propia.

Los agentes que intervienen son:

- **Servicio Catalán de la Salud (Catsalut).** Se creó con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990; es la aseguradora pública. Se reponsabiliza de la compra y evaluación de los servicios sanitarios de acuerdo con las necesidades asistenciales de la población. La cobertura la realiza a través de una cartera de servicios que compra a diferentes entidades proveedoras, tanto públicas como privadas, procediendo a realizar contratos con las mismas que incluyen objetivos de salud y grado de satisfacción.
- **Instituciones privadas.** Se agrupan en este apartado el grueso de las instituciones del ámbito privado asegurador en general, mutuas y compañías aseguradoras.
- **Agentes prestadores de servicios.** Podemos distinguir dos modalidades de prestadores. En primer término, lo que constituye la red de servicios de utilización pública en Cataluña, conocida por su acrónimo XHUP, que engloba tanto centros públicos como privados, tengan o no ánimo de lucro y cuya actividad asistencial prácticamente se destina de forma

íntegra a prestar servicios para el Catsalut. Y la segunda modalidad que agrupa a los centros de titularidad privada que prestan actividad para las mutuas y compañías aseguradoras.

- **Instituto Catalán de la Salud (ICS).** Creado en 1983, después de realizadas las transferencias sanitarias, con la finalidad de asumir la gestión de la estructura de centros transferidos por el Insalud. Desde 2007, el ICS es la empresa pública sanitaria más grande de Cataluña; según datos de su propia memoria, ejercicio de 2010, presta servicio al 75,5% de los usuarios de la sanidad pública catalana a través de su red de centros compuesta por distintos centros del ámbito de la Atención Primaria, hospitalaria y centros de especialidades diagnósticas.
- **Centros contratados.** Son entidades de distintas titularidades, tanto públicas como privadas, que llevan a cabo su actividad principal a través de contratos para el servicio público de salud.

Como hemos mencionado anteriormente, los centros pertenecientes al ICS y los llamados centros contratados constituyen la Red de Servicios de Utilidad Pública, la XHUP. Este conjunto constituye el Sistema Público de Prestación.

Por último, para completar el conglomerado de prestadores de servicios asistenciales del sistema sanitario de Cataluña, nos quedan los centros que realizan actividad para las mutuas, compañías aseguradoras y prestaciones privadas puras, es decir, los **centros no contratados**, que constituyendo el denominado Sistema Privado de Prestación.

En definitiva, como hemos mencionado anteriormente, este sistema persigue prestar una atención sanitaria con los dispositivos independientemente de la titularidad, con lo que se consigue una optimización de los recursos verdaderamente importante (Tabla 2.1.3.).

A destacar que en el momento de escribir estas líneas se está trabajando por parte del gobierno catalán en reformular la estructura del ICS, creando un “holding” para cumplir con lo establecido en la ley de creación del Instituto.

2.1.2.3.1.1. La actividad concertada en Cataluña

Como hemos visto en apartados anteriores, el peso de la actividad realizada mediante conciertos es la más alta del estado español con una

Tabla 2.1.3. Evolución del gasto sanitario en Cataluña distribuido por organismos (periodo 2003-2007)

Gasto sanitario total en Cataluña por organismos, 2003-2007					
	2003	2004	2005	2006	2007
Generalidad de Cataluña	6.260,7	6.555,9	7.140,2	8.070,6	8.966,7
Corporaciones locales	184,3	181,2	186,2	212,7	236,2
Mutualidades públicas	347,8	372,0	396,5	419,3	447,5
Administración del Estado	165,8	136,2	142,6	168,7	189,9
Gasto sanitario público	6.958,5	7.245,3	7.865,6	8.871,3	9.840,2
Seguros relacionados con la salud	852,3	918,5	979,3	1.068,9	1.155,4
Gasto en salud de las familias	2.809,2	3.021,7	3.250,6	3.423,9	3.655,5
Gasto sanitario privado	3.661,5	3.940,2	4.229,8	4.492,7	4.810,9
Gasto sanitario total	10.620,0	11.185,5	12.095,4	13.364,0	14.651,1

Porcentaje del gasto sanitario sobre el total por organismos en Cataluña para el periodo 2003-2007					
	2003	2004	2005	2006	2007
Generalidad de Cataluña	59,0%	58,6%	59,0%	60,4%	61,2%
Corporaciones locales	1,7%	1,6%	1,5%	1,6%	1,6%
Mutualidades públicas	3,3%	3,3%	3,3%	3,1%	3,1%
Administración del Estado	1,6%	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%
Gasto sanitario público	65,5%	64,8%	65,0%	66,4%	67,2%
Seguros relacionados con la salud	8,0%	8,2%	8,1%	8,0%	7,9%
Gasto en salud de las familias	26,5%	27,0%	26,9%	25,6%	25,0%
Gasto sanitario privado	34,5%	35,2%	35,0%	33,6%	32,8%
Gasto sanitario total	100%	100%	100%	100%	100%

Cifras en millones de euros.

Fuente: *Fulls econòmics Catsalut. La salud como sector económico de Cataluña. Octubre de 2010.*

cifra de conciertos sobre presupuesto superior al 25%, si bien, como se observa en la Figura 2.1.7., la evolución en los últimos ejercicios indica un decremento fruto, como hemos también mencionado, de la política

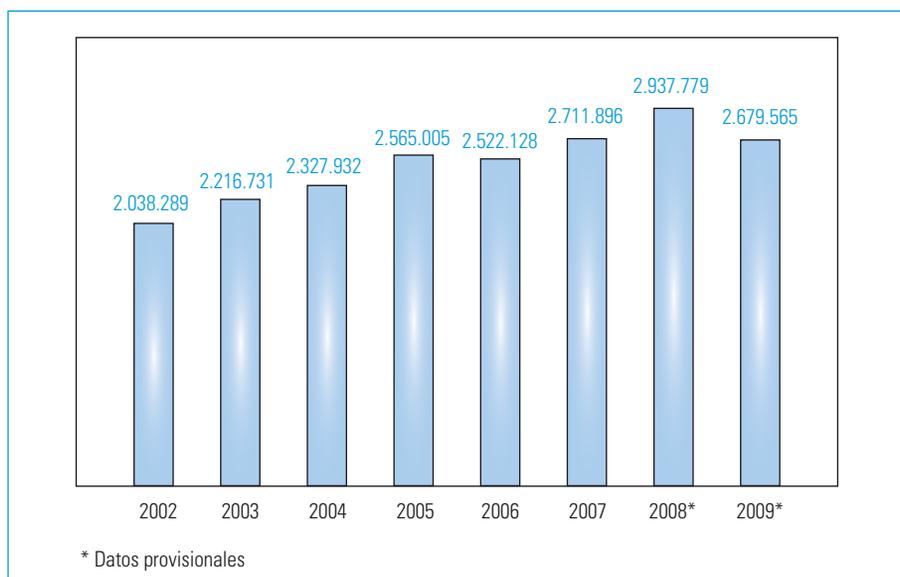


FIGURA 2.1.7. Evolución del gasto sanitario en conciertos en cifras absolutas (miles de euros) en la CA de Cataluña (ejercicios 2002-2009).

Fuente: elaboración propia a partir de EGSP 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.

cortoplacista de disminución de la actividad concertada auspiciada por la administraciones, en el caso que nos ocupa la catalana.

Para adentrarnos un poco más en la estructura de recursos de la actividad sanitaria concertada en Cataluña nos centraremos en abordar la red de centros de Atención Especializada; además nos ocuparemos de una nueva figura introducida recientemente en el modelo sanitario catalán en cuestión de gestión de la Atención Primaria; se trata de las denominadas Entidades de Base Asociativa (EBA).

Uno de los principales errores que desde mi punto de vista ha cometido el sistema catalán es que las injerencias políticas, que en muchos casos han sufrido las entidades concertadas, han provocado una pérdida de competitividad y de eficiencia de las mismas, lo que ha dado lugar a que, a pesar de que estos centros siguen siendo mucho más eficientes que los públicos, el ahorro que dicho modelo ha supuesto para la Administración probablemente hubiese sido mayor.

Tabla 2.1.4. Distribución de hospitales y camas por titularidad de la CA de Cataluña

Comunidad de Cataluña	Hospitales	Camas
1. TOTAL	217	34.100
2. Hospitales XHUP*	67	16.768
2.1. Institut Català Salut	8	4.229
2.2. Municipio	2	354
2.3. Otros públicos	22	5.619
Total públicos	32	10.202
2.4. Privado benéfico (San Juan de Dios)	3	682
2.5. Otro privado benéfico	20	4.015
2.6. Privado no benéfico	12	1.869
Total privados	35	6.566

*Red hospitalaria de utilización pública.

Fuente: elaboración propia a partir del Catálogo Nacional de Hospitales 2011. Ministerio de Sanidad y Política Social.

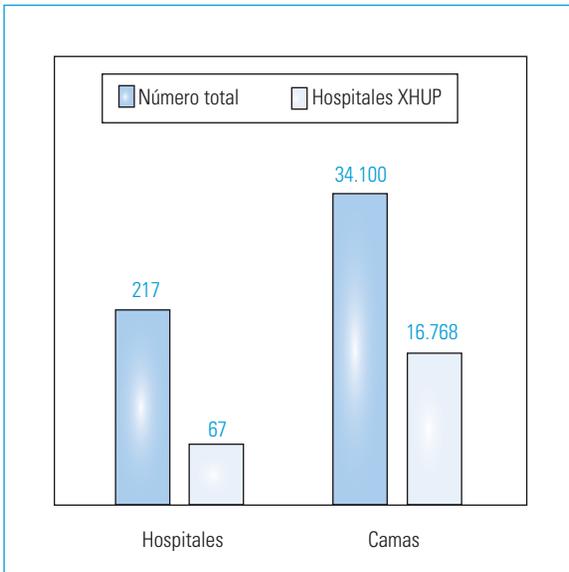


FIGURA 2.1.8. Gráfico comparativo de la XHUP y el total de hospitales y número de camas.

Fuente: elaboración propia a partir del Catálogo Nacional de Hospitales 2011. Ministerio de Sanidad y Política Social.

2.1.2.3.1.2. Estructura de recursos de Atención Especializada

Como se puede comprobar en la Tabla 2.1.4. y en las Figuras 2.1.8.-1.10., la dedicación de recursos a la actividad concertada de la Atención Especializada es altamente significativa. En concreto, 16.768 camas distribuidas en 67 centros de las cuales el 39% corresponde a centros de titularidad privada tanto benéficos como privados puros, siendo, por tanto, el peso de las entidades de titularidad privada muy a destacar en esta comunidad.

2.1.2.3.1.3. Atención Primaria: Entidades de Base Asociativa (EBA)

Este modelo se configura en sociedades de profesionales de la salud integradas por los colectivos de médicos, odontólogos y profesionales de enfermería, constituidas en empresas que gestionan un área básica de salud mediante un concurso público.

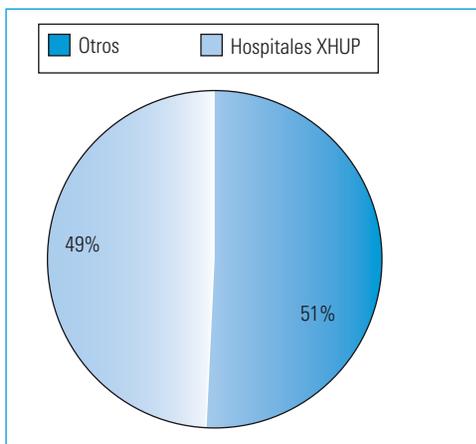


FIGURA 2.1.9. Distribución de camas hospitalarias entre los centros de la XHUP y el resto de los centros hospitalarios de Cataluña.

Fuente: elaboración propia a partir del Catálogo Nacional de Hospitales 2011. Ministerio de Sanidad y Política Social.

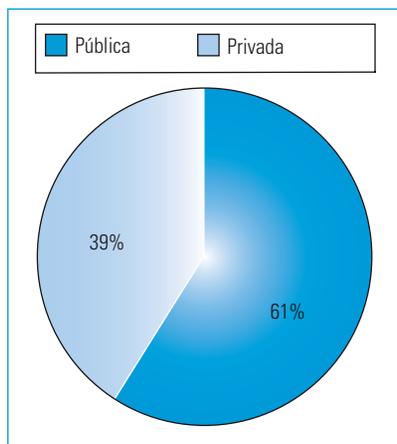


FIGURA 2.1.10. Distribución de las camas según titularidad en la red de la XHUP.

Fuente: elaboración propia a partir del Catálogo Nacional de Hospitales 2011. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Aparecen por primera vez en Cataluña (Vic, octubre de 1996) como consecuencia de los cambios y reformas introducidos en la Atención Primaria a finales de los años 80. En 1990 se aprueba la LOSC, que como característica, entre otras, establece la separación entre financiación y provisión de servicios. Las EBA pertenecen al grupo de sociedades privadas de provisión.

El Decreto 309/1997, de 9 de Diciembre del Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya establece los requisitos de acreditación de las mismas.

Artículo 2. Naturaleza jurídica.

1. Las entidades deben gozar de personalidad jurídica propia, estar legalmente constituidas e inscritas en el registro correspondiente.
2. Las entidades deben revestir cualquiera de las siguientes fórmulas:
 - a) Sociedad anónima.
 - b) Sociedad de responsabilidad limitada.
 - c) Sociedad laboral.
 - d) Cooperativa.

Artículo 3. Profesionales sanitarios que participan en las entidades.

1. Al menos el 51% del capital social de la entidad debe pertenecer a los profesionales sanitarios comprendidos en cualquiera de los colectivos de personal a que se refiere el **artículo 49.1 de la Ley 15/1990**, de 9 de julio, que presten en esta sus servicios.
2. Los profesionales a que se refiere el apartado anterior deben tener una relación laboral o de prestación de servicios con la entidad formalizada adecuadamente, como mínimo por un tiempo no inferior al de la vigencia del contrato para la gestión de servicios sanitarios o sociosanitarios que se suscriba con el Servicio Catalán de la Salud.
3. Los profesionales referidos deben acreditar experiencia en la prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios, según se trate, y deben desarrollar en la entidad una jornada mínima equivalente a la jornada laboral ordinaria que rige con carácter general para los profesionales sanitarios al servicio de la Generalidad en el ámbito de que se trate. Con carácter excepcional y por motivos objetivos directamente relacionados con la prestación de servicios, podrá haber algún profesional sanitario con una jornada laboral diferente a la ordinaria.

El Servicio Catalán de la Salud valorará si concurre esta circunstancia a los efectos del otorgamiento de la correspondiente acreditación.

Artículo 4. Participación de otras personas físicas o jurídicas.

1. Las personas físicas que no sean profesionales sanitarios que presten sus servicios en la entidad o las personas jurídicas únicamente podrán participar, como máximo, con un 49% del capital social de la entidad.
2. En el caso de participación de personas jurídicas, estas deberán tener como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios, según proceda.

Artículo 5. Distribución de acciones o participaciones.

1. Ninguno de los profesionales sanitarios a que se refiere el **artículo 3.º 1** puede tener una participación superior al 25%.

2. Cada una de las personas físicas o jurídicas a que se refiere el artículo 4.º no pueden tener, individualmente, una participación superior al 25% del capital social de la entidad.

Un hecho destacable del modelo, y que invita a los profesionales que trabajan en el sector público a optar por esta fórmula, es la posibilidad de retorno a su plaza de origen durante un periodo de tres años.

La EBA, además, se compromete mediante contrato a que los sueldos de los profesionales no sean inferiores al salario abonado en el sistema público según categoría y carrera profesional. El concepto de antigüedad desaparece.

En referencia a la gestión de servicios, y con los datos publicados por ACEBA³, se está dando cobertura a un sector de población de 248.660 personas a través de 9 empresas, 12 centros y 450 profesionales en plantilla.

El coste comparativo entre los dos métodos de gestión arroja un valor del 28% inferior a favor de la gestión por provisión privada (Tabla 2.1.5.).

Tabla 2.1.5. Coste comparativo de gestión habitante/año en Atención Primaria, incluido el gasto en farmacia

Coste gestión habitante/año	Modelo de gestión directa	EBA
	459 €	330 €

Fuente: datos correspondientes a la memoria de ACEBA 2010. Estudio comparativo elaborado por la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya sobre comparació de la mitjana del coste en 2008 de los centros gestionados mediante método tradicional y la mitjana de 2009 de los centros mediante gestión EBA.

Desde el punto de vista del grado de satisfacción de los usuarios, la utilización por parte de los mismos de los dispositivos EBA va también a favor del modelo, pues, como se refleja en la Tabla 2.1.6. hay una mayor satisfacción.

³ Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa. Memoria 2010.

Tabla 2.1.6. Comparativa del grado de satisfacción entre los usuarios de los EBA y los centros con gestión directa

Grado de satisfacción de nuestros usuarios	
Puntuación media de los EBA: 8,05	Puntuación media del resto de CAP en Catalunya: 7,64
EBA	Puntuación media del Centro
ABS Alt Camp Oest	8,5
EAP Sardenya	8,24
Albera Salut	8,1
EAP Sarrià Vallvidrera Les Planes	8,1/8,1
EAP Vallcarca-Sant Gervasi	8,1/8,0
EAP Dreta Eixample	8,0
EAP Vic	7,9
ABS Centelles	7,86
EAP Poble Sec	7,7

Fuente: Memoria de la Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa (ACEBA) 2010.

Este modelo que da autonomía a los profesionales en aras a ofrecer un mejor servicio ha demostrado ser claramente eficiente.

Hasta la fecha se ha extendido a Andalucía y, cuando estaba finalizando la redacción de estas líneas, el gobierno de la Comunidad de Madrid anunció que implantaría este modelo en el 10% de sus centros de Atención Primaria.

2.1.2.3.2. Sistema de Mutualismo Administrativo: Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)

Las Mutualidades MUFACE, MUGEJU e ISFAS pertenecen al grupo de mutualidades administrativas del Estado; su marco legal data de los años 70. Son regímenes especiales que dan cobertura sanitaria y de prestaciones sociales al colectivo de funcionarios de las administraciones: Civil del Estado, Administración de Justicia y colectivo de las Fuerzas Armadas. Entre las características principales a destacar de este sistema están:

- **La financiación.** La vía de financiación parte de dos fuentes: las aportaciones de los propios funcionarios y la del organismo empleador, el Estado.
- **Cobertura sanitaria.** Los mutualistas tienen la misma cobertura sanitaria que los afiliados al SNS, excepción hecha de la prestación farmacéutica; por regla general el copago farmacéutico es del 30%, aportación distinta a la escala establecida mediante RDL de 16/2012 para el colectivo de usuarios del SNS. Asimismo, como norma general la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional también suele ser prestada por entidades privadas.
- **Capacidad de elección** de la entidad responsable de la cobertura de servicios sanitarios. Los mutualistas pueden optar por recibir su prestación sanitaria bien directamente del SNS o bien de entidades de aseguramiento privado a través de la firma de concertos. Es una de las cualidades que mejor valoran los usuarios del sistema. La opción mayoritaria de elección de prestación de servicios asistenciales es a través de una entidad aseguradora privada.

Base jurídica del modelo MUFACE

1. Artículo 44 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad.
2. Texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (TRLSSFCE), aprobado por el Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio.
3. Reglamento General del Mutualismo Administrativo (RGMA), aprobado por el Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, que contiene las normas de aplicación y desarrollo del texto refundido.
4. Real Decreto 577/1997, de 18 de abril, por el que se establece la estructura de los órganos de gobierno, administración y representación de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).
5. Resolución de 20 de julio de 2004, de MUFACE, sobre delegación de atribuciones.

El modelo MUFACE, además, no se limita tan solo a la prestación de servicios asistenciales, sino, como se refleja en la Figura 2.1.11., a la cobertura



FIGURA 2.1.11. Esquema de prestaciones en el modelo MUFACE.

Fuente: elaboración propia.

de otras prestaciones como indemnizaciones, subsidios y prestaciones y ayudas sociales. El resto de mutualidades, ISFAS y MUGEJU, ofrecen también similares prestaciones. En este texto nos limitaremos exclusivamente a analizar y tratar las prestaciones de carácter asistencial que ofrece el sistema MUFACE.

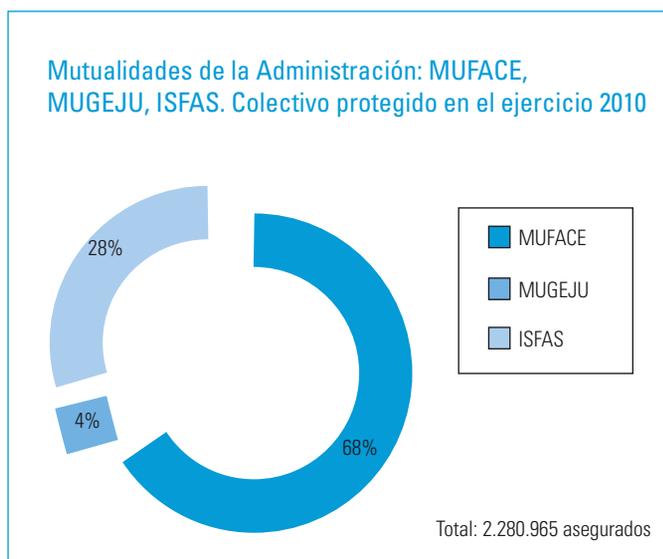


FIGURA 2.1.12. Distribución del colectivo protegido según mutualidad.

Fuente: elaboración propia a partir de Memorias MUFACE, MUGEJU, ISFAS.

El colectivo protegido por el modelo de mutualidades según los últimos datos de memoria publicados asciende a un total de 2.280.965 asegurados, de los que el 68%, es decir 1.557.015, corresponden a la mutualidad MUFACE, tal como refleja la Figura 2.1.12.

El esquema general de la prestación sanitaria en el que se sustenta el modelo MUFACE se presenta en la Figura 2.1.13., donde de forma clara se identifican la separación de las funciones de financiación, provisión y prestación, así como cada uno de los agentes intervinientes.

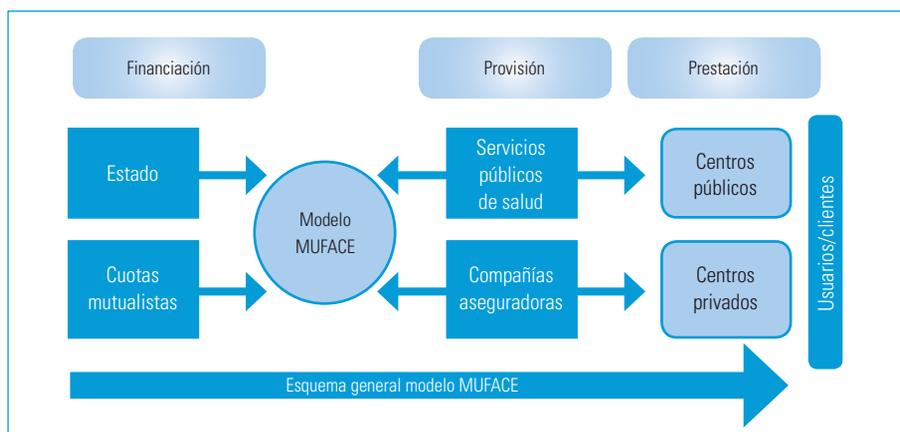


FIGURA 2.1.13. Esquema general de funcionamiento de la prestación sanitaria del modelo MUFACE.
Fuente: elaboración propia.

Es importante destacar que la fórmula de provisión y prestación es de carácter mixto, es decir, la realizan tanto entidades públicas como privadas.

Como hemos visto en el esquema general de funcionamiento, en la actividad sanitaria en referencia a las posibilidades de recibir prestaciones de carácter sanitario coexisten dos posibles vías: a través del sistema público y mediante entidades privadas. Los mutualistas optan voluntariamente y de forma mayoritaria por recibir asistencia a través del sistema de prestación privada, tal como se refleja en la Figura 2.1.14., por cuanto el 85% de los mutualistas de los distintos regímenes opta por la asistencia de titularidad privada.

Entre las principales ventajas del modelo MUFACE cabe destacar las que se detallan a continuación.

Para el financiador, el Estado:

- La Administración puede realizar una ajustada planificación del presupuesto. En muy pocas ocasiones el coste ha subido por encima del IPC.
- Posibilita y genera ahorro presupuestario.

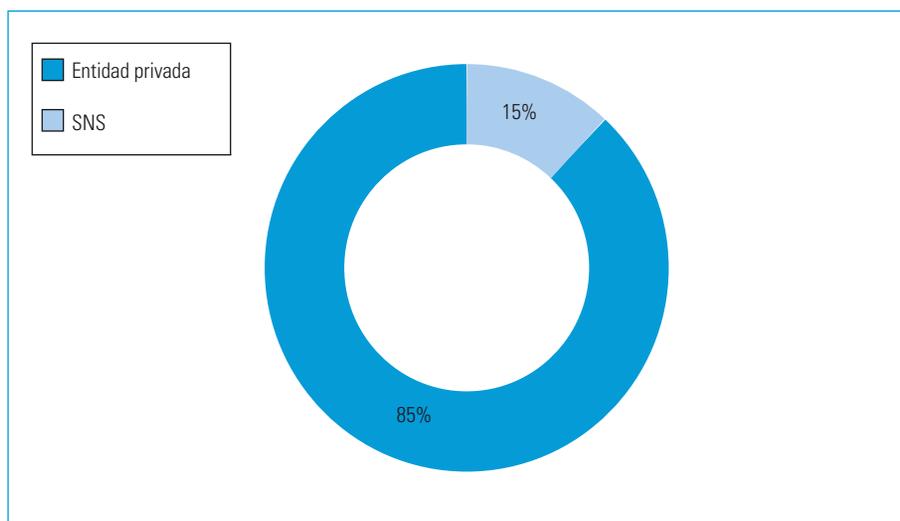


FIGURA 2.1.14. Preferencias de cobertura sanitaria de los mutualistas de MUFACE, ISFAS Y MUGEJU.

Fuente: elaboración propia a partir de Memorias MUFACE, MUGEJU, ISFAS.

- Se convierte en un instrumento de *benchmarking* entre gestión pública y gestión privada.
- Mecanismo de garantía de cobertura de prestaciones doble.

Para el mutualista/usuario:

- Permite la libertad de elección del proveedor de los servicios.
- Cuenta con un plus de mejora respecto a las prestaciones del SNS. Mejora de accesibilidad y confort respecto al usuario del sistema público.
- Se establece un sistema específico de garantía de calidad de prestación de servicios.

Para el sector sanitario:

- Contribuye al sostenimiento del sector asegurador y de los establecimientos sanitarios privados.
- Facilita la libertad de regulación del ejercicio profesional, principalmente de los profesionales médicos.
- Estimula a los profesionales a mejorar la relación con los pacientes.

Como principales amenazas y debilidades del sistema destacan las siguientes:

- Al ser un colectivo poco significativo –representa aproximadamente un 4,2%– y tratarse de un régimen especial, presenta el riesgo de que puede ser eliminado e incluido en el régimen general de prestaciones.
- Déficit de financiación. El sistema está mal financiado.
- Disminución de la oferta por ser cada vez menos atractiva para las compañías proveedoras privadas. El déficit de financiación está dando lugar a que las compañías estén reduciendo el cuadro médico para reducir costes.

2.1.2.3.2.1. Los conciertos de MUFACE: algunas particularidades

Como hemos mencionado anteriormente, el instrumento de compra/provisión de servicios son los conciertos que pueden suscribirse tanto con entes públicos como con privados.

MUFACE tiene suscrito un concierto desde 1986 con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social por el cual se obliga a la Seguridad Social a proporcionar asistencia sanitaria a los mutualistas que la soliciten.

Con entidades aseguradoras privadas se suscriben conciertos previa licitación de acuerdo a las premisas establecidas en la LCSP. Así, el último concierto suscrito corresponde a los ejercicios 2012 y 2013 (Resolución de 20 de diciembre de 2011 de MUFACE). Para dar una breve pincelada de este concierto y poder conocer de mejor manera el mismo se extraen a continuación una serie de aspectos del mismo relacionados con las entidades que suscriben el presente convenio, la cartera de servicios, el precio del concierto, los criterios aplicables de calidad y penalizaciones. Se trata, pues, de un extenso texto que establece las pautas de funcionamiento y control de la actividad realizada para MUFACE, que obliga a las entidades aseguradoras concertadas a trabajar en un marco de competencia, y por tanto de búsqueda de la eficiencia, que perfectamente podría utilizarse para otros procedimientos de concertación de servicios por parte de las administraciones públicas que sin duda beneficiaría al usuario de los servicios públicos.

Resolución de 20 de diciembre de 2011, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento de la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional durante los años 2012 y 2013, y se dispone el periodo ordinario para elegir la entidad prestadora de la asistencia sanitaria

Primero.

Hacer público que el "Concierto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios de la misma que opten por recibirla a través de entidades de seguro, durante los años 2012 y 2013 con previsión de prórroga por plazos de un año, con un máximo de dos", ha sido suscrito con las siguientes entidades de seguro de Asistencia Sanitaria:

- ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S. A. U.
- DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española.
- Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S. A. de Seguros.
- Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros.
- Segurcaixa Adeslas, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

Capítulo 2. Cartera de servicios.

- 2.1. Normas generales.
- 2.2. Cartera de servicios de Atención Primaria.
- 2.3. Cartera de servicios de Atención Especializada.
- 2.4. Cartera de servicios de Atención de Urgencias.
- 2.5. Cuidados paliativos.
- 2.6. Rehabilitación.
- 2.7. Salud bucodental.
- 2.8. Prestaciones farmacéuticas y dietoterápicas.
- 2.9. Transporte para la asistencia sanitaria.
- 2.10. Otras prestaciones.
- 2.11. Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento, procedimiento para la actualización de la cartera de servicios del concierto.

Cartera de Servicios

2.1. Normas generales.

2.1.1. La asistencia sanitaria a los mutualistas y beneficiarios de MUFACE adscritos a la entidad se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en este concierto.

La Cartera de Servicios es el conjunto de servicios, técnicas o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y la experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

2.1.2. El contenido de la Cartera de Servicios que deberá facilitar la entidad comprenderá, como mínimo, las prestaciones contenidas en la cartera de servicios comunes del SNS, de acuerdo con lo regulado en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y el procedimiento para su actualización, con las especificidades que se recogen en este capítulo y en el anexo 1 de este concierto.

2.1.3. La Cartera de Servicios objeto del concierto se estructura en las siguientes prestaciones:

- a) Atención Primaria.
- b) Atención Especializada.
- c) Atención de Urgencias.
- d) Cuidados paliativos.
- e) Rehabilitación.
- f) Salud bucodental.
- g) Prestación farmacéutica.

El precio del concierto se establece mediante una prima fija que se abonará por persona mensualmente y que varía en función de su edad. El importe de las primas fijas en euros (exento de IVA), por persona y mes, para el año 2012, se distribuirá de la siguiente manera:

Grupos etarios	Prima €/persona y mes Año 2012
0-4	59,63
5-14	49,69
15-44	56,32
45-54	59,63
55-64	66,27
65-74	79,52
Más de 74	86,14

El importe de la prima fija a abonar por cada nuevo mutualista o beneficiario será el correspondiente al grupo de edad en el que esté incluido en su fecha de alta en la Mutualidad.

En ningún caso el importe de la prima fija de un mutualista o beneficiario sufrirá alteración alguna dentro de cada año natural aunque a lo largo del año, por razón de edad, cambie de grupo etario.

En el mes de enero de cada año de duración del presente concierto, MUFACE procederá a actualizar la pertenencia de todos los mutualistas y beneficiarios al grupo etario que le corresponda.

[...]

8.3.2. Se establece un incentivo anual de calidad (IAC), cuya cuantía máxima se calculará mediante la fórmula:

$$(IAC)_i = P_m \times 12 \times C_i \times Q$$

Donde:

P_m = prima mensual ponderada correspondiente al colectivo protegido en el concierto a 1 de febrero de cada año.

C_i = colectivo adscrito a la entidad i a uno de febrero de dicho año.

Q = coeficiente anualmente variable, que tomará los siguientes valores:

- Año 2012: 0,0325.
- Año 2013: 0,035.
- Año 2014: 0,0375.
- Año 2015: 0,04.

8.3.3. Al margen del IAC, se establece la cantidad mensual de 0,15 euros por mutualista y beneficiario como compensación económica máxima por el desarrollo e implantación de las acciones contempladas en la cláusula 6.2, que será abonada a la entidad previa conformidad expresa de MUFACE.

8.3.4. La entidad percibirá 500 euros como cantidad total por la asistencia prestada a cada beneficiaria por maternidad en el supuesto previsto en el artículo 69 RGMA a que se refiere la cláusula 1.5 una vez finalizada la atención. A estos efectos, la entidad remitirá mensualmente una relación de las beneficiarias al servicio provincial de adscripción de los/las mutualistas de quienes derive el derecho. El servicio provincial, una vez comprobada la relación y depuradas las posibles incidencias, remitirá un listado nominativo al Departamento de Gestión Económica y Financiera a los efectos de lo dispuesto en la cláusula 8.5.1 A. b.

Anexo 8. Sistema de asignación de incentivos a la calidad de la asistencia y deducciones por fallos de disponibilidad

La mejora continua de los servicios de asistencia sanitaria que los mutualistas y beneficiarios de MUFACE reciben a través de la Entidad es un objetivo central del Concierto. A estos efectos, se establecen unos criterios que permiten medir el grado de disponibilidad y calidad de la atención prestada por la entidad basados en las especificaciones técnicas del Concierto.

1. Asignación del incentivo de calidad

1.1. Se establece un incentivo anual de calidad, cuyo importe máximo se encuentra definido en la cláusula 8.3.2.

Los criterios de asignación de los incentivos económicos vinculados a los objetivos de calidad seleccionados para cada ejercicio de vigencia del Concierto se reflejan en el punto 2 de este Anexo, donde se especifican los requerimientos mínimos para la obtención del incentivo, la ponderación de los diferentes objetivos y sus componentes y el método de verificación.

1.2. De no alcanzar alguna de las entidades la ponderación máxima en alguno de los cuatro objetivos definidos en el punto 2, la cuantía del incentivo anual de calidad no distribuida se repartirá entre las entidades que hayan superado el 50% de cumplimiento en todos y cada uno de los objetivos. Dicho reparto se realizará de forma proporcional al grado de cumplimiento alcanzado en la suma de los cuatro objetivos y al colectivo adscrito a cada entidad a 1 de febrero de cada año.

En el caso de que haya sido imposible cumplir el mismo objetivo a todas las entidades por causa no imputable a las mismas, se repartirá a cada entidad la parte del incentivo económico vinculado a dicho objetivo que le hubiera correspondido, siempre de forma proporcional al grado de cumplimiento del resto de los objetivos alcanzado por la misma.

1.3. Para los ejercicios 2014 y 2015 correspondientes a las posibles prórrogas del Concierto, los criterios de asignación de incentivos serán establecidos por resolución del Director General en el segundo semestre del año 2013 y 2014, respectivamente.

2. Criterios de asignación de los incentivos económicos vinculados a los objetivos de calidad

2.1. Objetivo 1: Implantación de los planes elaborados para adecuarse a las estrategias del SNS.

2.1.1. En el ejercicio 2012 se procederá a la evaluación de la implantación de los planes de adaptación a las estrategias de Cuidados Paliativos y de Cáncer y a la evaluación del protocolo de Atención a la Urgencia. En el ejercicio 2013 se evaluará la implantación de los planes de adaptación a las estrategias de Cardiopatía Isquémica e Ictus.

2.1.2. Los indicadores utilizados para la evaluación de este objetivo se han seleccionado de los planes de adecuación a las estrategias y del documento marco para la elaboración del Protocolo de Atención a la Urgencia se recogen en las Tablas 1.1-1.5 con las ponderaciones correspondientes para la asignación del incentivo.

2.1.3. Para la aprobación de la evaluación de cada uno de los planes y del protocolo de Atención a la Urgencia, se deberán obtener al menos 70 puntos, requiriendo además que el indicador al que se le ha asignado mayor puntuación haya superado en un 50% la puntuación a él asignada, de acuerdo a lo establecido en cada una de las tablas.

2.1.4. En las prórrogas correspondientes a los ejercicios 2014 y 2015 se incluirá la elaboración de los planes de adaptación a las estrategias de Diabetes y Salud Mental.

2.1.5. En la Tabla 1 se recogen las ponderaciones correspondientes al cumplimiento de este objetivo para la asignación del incentivo económico durante los ejercicios 2012 y 2013 y en las Tablas 1.1-1.5 se recoge el resumen de todos estos criterios para la evaluación de la implantación de cada uno de los planes y el Protocolo de Urgencias:

Ponderación del objetivo	Ponderación que corresponde a cada componente del objetivo
40%	2012: <ul style="list-style-type: none">• El 15% por la implantación del plan de cuidados paliativos• El 15% por la implantación del plan de cáncer• El 10% por la evaluación del protocolo de atención a la urgencia 2013: <ul style="list-style-type: none">• El 20% por la implantación del plan de cardiopatía isquémica• El 20% por la implantación del plan de ictus

Tabla 1.1. Evaluación de la implantación del plan de cuidados paliativos (CP)

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Mapa de recursos de CP	Presentación del mapa recursos en CP actualizado a 1 de abril de 2012	15
Porcentaje de mutua-listas o beneficiarios atendidos por equipos de soporte domicilia-rio (ESP)	Presentación del sistema de registro con la información sobre el número de beneficiarios atendidos por los equipos de soporte domiciliario, desglosado por provincias	10
Porcentaje de mutua-listas o beneficiarios atendidos por equi-pos/unidades/servicios hospitalarios	Presentación del sistema de registro de atención en CP de la entidad con la infor-mación sobre el número de beneficiarios atendidos por los equipos/unidades/servi-cios hospitalarios de CP desglosado por provincias	10
Cobertura de la oferta en CP en domicilio	Disponer en al menos el 50% de las provincias de equipos de soporte de CP domiciliarios de referencia	60
Número de profesio-nales que han recibido formación específica en CP en los pro-gramas formativos promovidos por la Entidad	Presentación de la memoria de los programas formativos específicos en CP promovidos por la entidad en el que conste el número de profesionales, según profesión, que han asistido	5

Tabla 1.2. Evaluación de la implantación del plan de cáncer

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Cobertura de los pro-gramas de cribado de cáncer de mama	Al menos el 60% de las beneficiarias de entre 50 y 69 años deberán estar inclui-das en el programa de detección precoz de cáncer de mama	40
Cobertura de los programas de cribado de cáncer de cuello uterino	Al menos el 60% de las beneficiarias de entre 25 y 65 deberán estar incluidas en el programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino	30

Tabla 1.2. Evaluación de la implantación del plan de cáncer (continuación)

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Mapa de unidades especializadas de carácter multidisciplinar de referencia	Disponer en el 75% de las localidades de nivel IV o al menos en un municipio de cada CA de unidad especializada de carácter multidisciplinar	10
Porcentaje de hospitales con comité de tumores	Disponer de comité de tumores en al menos el 60% de los hospitales propios y concertados de la entidad que realizan tratamiento del cáncer	15
Porcentaje de hospitales con guías de práctica clínica o protocolos	Disponer de guías de práctica clínica o protocolos en al menos el 60% de los hospitales propios y concertados de la entidad que realizan tratamiento del cáncer	5

Tabla 1.3. Evaluación de la implantación del plan de cardiopatía isquémica

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Porcentaje de ambulancias con equipo desfibrilador	El 100% de las ambulancias convencionales, de soporte vital básico, soporte vital avanzado, propias y concertadas deben disponer de equipo desfibrilador	35
Mapa de referencia de las redes asistenciales del síndrome coronario agudo	Disponer del mapa de referencia de las redes asistenciales del síndrome coronario agudo en el 100% de las CC. AA.	50
Programas de rehabilitación cardiaca	El 50% de los centros concertados de la entidad que atienden cardiopatía isquémica aguda deben disponer de programa de rehabilitación cardiaca	10
Número de profesionales que han recibido formación específica en cardiopatía isquémica en los programas formativos promovidos por la entidad	Presentar la memoria de los programas formativos específicos en cardiopatía isquémica promovidos por la entidad en el que conste el número de profesionales, según profesión, que han asistido	5

Tabla 1.4. Evaluación de la implantación del plan en ictus

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Mapa de servicios asistenciales para la atención a pacientes con ictus	Disponer del mapa de referencia de las redes asistenciales de atención al ictus en el 100% de las CC. AA.	40
Porcentaje de provincias donde la entidad tiene implantado el Código Ictus	El 100% de los centros coordinadores de urgencias de la Entidad deben disponer de un sistema organizativo (Código Ictus) para la atención de pacientes con sospecha de ictus en el que conste el/los centros hospitalarios de referencia de cada provincia	15
Porcentaje de hospitales que cuentan con Unidades de Ictus	El 100% de las CC. AA. deben disponer al menos de un centro hospitalario con Unidad de Ictus	30
Mapa de recursos de rehabilitación para la atención a los pacientes con ictus	En el 100% de las provincias se debe disponer de centros/servicios de rehabilitación que atiendan pacientes con ictus	10
Porcentaje de profesionales que han recibido formación específica en ictus en los programas formativos promovidos por la entidad	Presentar la memoria de los programas formativos específicos en ictus promovidos por la entidad en el que conste el número de profesionales, según profesión, que han asistido	5

Tabla 1.5. Evaluación de la implantación del protocolo de atención a la urgencia

Indicadores	Metas para obtener el incentivo de calidad	Puntuación
Mapa de servicios asistenciales acreditados para la atención de pacientes con cardiopatía isquémica, ictus, politraumatismos	El 100% de los centros hospitalarios propios y concertados de la entidad que atienden a pacientes con cardiopatía isquémica, ictus, politraumatismos, etc., deben acreditar que cuentan con los medios necesarios para prestar asistencia a los pacientes con estas patologías	40
Porcentaje de beneficiarios atendidos por equipos de emergencia propios o concertados	Presentación del sistema de registro del Centro Coordinador de la Entidad con la información sobre el número de beneficiarios atendidos por los equipos de emergencia, desglosado por provincias	10
Tiempo de respuesta de los equipos de emergencia	Presentación del sistema de registro en el que conste la información sobre los tiempos de atención (hora de recepción de la llamada, hora de llegada del equipo de emergencias)	15
Presencia de protocolos en el Centro Coordinador de la Entidad	Presentar los protocolos de atención de urgencias y emergencias y de coordinación con los equipos de emergencias de los servicios públicos de salud de la CC. AA.	30
Porcentaje de profesionales que han recibido formación específica en atención de urgencia y emergencia promovidos por la entidad	Presentar la memoria de los programas formativos específicos en atención de urgencia y emergencia promovidos por la Entidad en el que conste el número de profesionales según profesión, que han asistido	5

2.1.2.3.2.2. Análisis comparativo del gasto en asistencia sanitaria del modelo MUFACE frente al gasto en asistencia sanitaria del SNS

A continuación se realiza un análisis comparativo del gasto en actividad sanitaria comparado entre el modelo tradicional, es decir, el modelo SNS, que utiliza medios propios, y el modelo MUFACE, que mayoritariamente utiliza medios concertados. En la Tabla 2.1.7. se puede observar de manera evolutiva desde el ejercicio 2007 al ejercicio 2010 las cantidades que se destina la mutualidad MUFACE a sufragar conciertos tanto con centros públicos como con entidades de Seguro.

Tabla 2.1.7. Gasto en asistencia sanitaria (2007-2009) según presupuesto de MUFACE

MUFACE: Asistencia Sanitaria del Mutualismo Administrativo: PROGRAMA 312 E				
	2007	2008	2009	2010
Gastos corrientes*	0,34	0,39	0,7	0,69
Conciertos asistencia sanitaria	822,54	865,35	900,7	933,8
Conciertos con la Seguridad Social	0,14	0,15	0,16	0
Conciertos con entidades de seguro	822,28	865,07	900,4	933,65
Otros conciertos	0,12	0,13	0,14	0,15
Prestaciones sanitarias	329,36	349,16	373,47	346,93
Farmacia	286,36	303,71	327,73	302,13
Prótesis y otras prestaciones	43	45,45	45,74	44,8
Total asistencia sanitaria	1.152,24	1.214,90	1.274,87	1.281,42
Colectivo protegido	1.525.926	1.539.635	1.543.754	1.557.015
Gasto per cápita	755,11	789,08	825,82	823,00
Gasto per cápita (sin farmacia)	567,45	591,82	613,53	628,95

*En millones de euros.

Fuente: elaboración propia a partir de memorias 2007, 2008, 2009, 2010 MUFACE.

En las Figuras 2.1.15. y 2.1.16. se aprecia de forma detallada la evolución del gasto total, del gasto sin farmacia y del gasto de farmacia de los distintos modelos que se están comparando de manera homogénea.

En definitiva, si efectuamos un análisis comparativo de los gastos en asistencia sanitaria realizados a través del modelo MUFACE comparados con los gastos realizados por el SNS resultan unos diferenciales muy

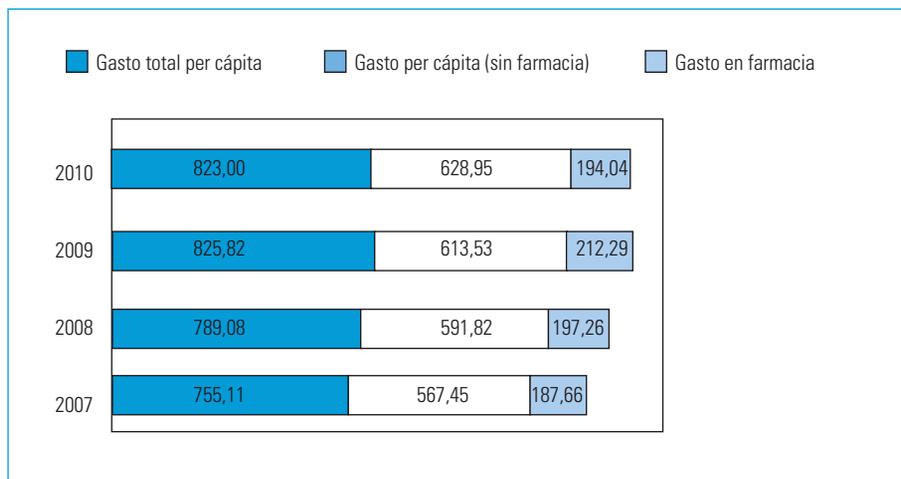


FIGURA 2.1.15. Evolución 2007-2010 del gasto sanitario de MUFACE per cápita.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del EGSP real 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo y memorias MUFACE.

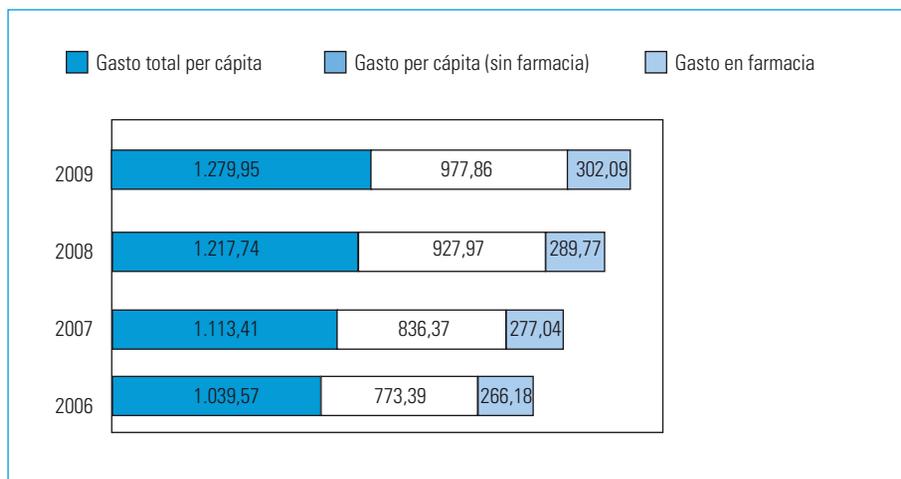


FIGURA 2.1.16. Evolución del gasto 2006-2009 del Sistema Nacional de Salud per cápita.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del EGSP real 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo y memorias MUFACE.

significativos, superiores al 30%, tal como se refleja en la Figura 2.1.17., lo cual nos permite afirmar que la asistencia mediante el sistema de concertación de servicios es significativamente más económica que la asistencia realizada con medios propios de la Administración y por tanto, desde el punto de vista presupuestario, mucho más eficiente, lo cual

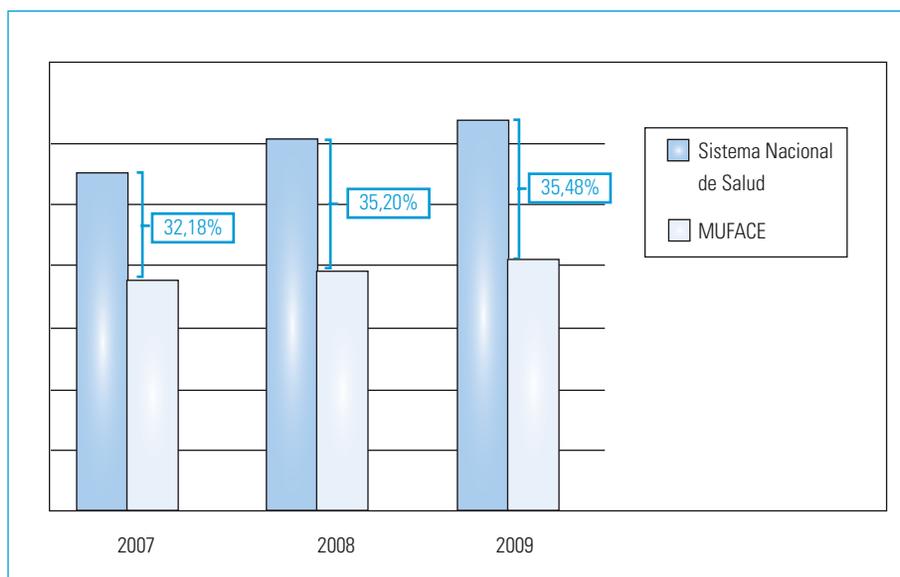


FIGURA 2.1.17. Gráfico comparativo 2007-2009 del gasto en atención sanitaria entre el modelo del Sistema Nacional de Salud y el modelo MUFACE.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del EGSP real 2009. Ministerio Sanidad y Consumo y memorias Muface.

obliga a realizar por parte de la Administración Sanitaria un ejercicio de reflexión. En definitiva, que es necesario buscar modelos con los que se potencie la colaboración público-privada, por supuesto con sujeción a criterios de medición de la calidad asistencial a fin de aliviar la difícil carga de los presupuestos sanitarios.

Respecto al coste del modelo MUFACE debemos resaltar que el modelo está insuficientemente financiado y que sería conveniente mejorar en cierta manera la financiación del mismo. A pesar de lo anterior, el diferencial de coste entre ambos modelos seguiría siendo muy significativo.

2.2. LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN ESPAÑA: LOS MODELOS PFI Y PPP

2.2.1. Antecedentes

La sanidad no es ajena a los envites que sufre la situación económica de un país. La preocupación por la escalada del gasto sanitario en España y en países de nuestro entorno para dar cobertura a las necesidades asistenciales ilimitadas y crecientes de la población, junto a la escasez de recursos financieros originada por el modelo económico seguido estos últimos 20 años, ha permitido la eclosión de nuevas fórmulas de gestión dirigidas a resolver la problemática suscitada y a dotar de eficiencia al sistema.

La Tabla 2.2.8. nos muestra cómo la esperanza de vida se ha incrementado en 2,35 veces desde 1900, lo que ha conllevado implícitamente un envejecimiento significativo de la población con el consecuente incremento del consumo de recursos sanitarios.

1900	1950	1980	2010
34,76	62,1	75,82	81,9

Fuente: INE.

Por otro lado, en la Tabla 2.2.9. se recoge la tendencia del déficit público en nuestro país desde el ejercicio 1998 con una evolución y progresión hacia la disminución del déficit hasta 2005, momento en el que se inicia un ciclo de superávit que dura hasta 2007 y, posteriormente, en 2008, una tendencia acusada provocada por la crisis económica. Este déficit importante y continuado provoca una escasez de recursos para acom-

Tabla 2.2.9. Evolución del déficit en España

	Millones €	% PIB
2011	-91.344,00 €	-8,51%
2010	-98.166,00 €	-9,30%
2009	-117.306,00 €	-11,10%
2008	-45.189,00 €	-4,20%
2007	20.066,00 €	1,90%
2006	19.847,00 €	2,00%
2005	8.759,00 €	1,00%
2004	-2.862,00 €	-0,30%
2003	-1.622,00 €	-0,20%
2002	-3.312,00 €	-0,50%
2001	-4.361,00 €	-0,60%
2000	-6.161,00 €	-1,00%
1999	-8.254,00 €	-1,40%
1998	-17.268,20 €	-3,20%

Fuente: datos macro.com.

ter inversiones o mantener servicios que provengan exclusivamente del capital público.

La capacidad de generación de deuda de las comunidades autónomas (CC. AA.) se refleja en la Tabla 2.2.10. En ella se observa que a nivel de todo el Estado el incremento del ratio deuda/PIB desde el ejercicio de 1995 hasta el último trimestre de 2011 es del 118,33%, con casos significativos como la Comunidad de Castilla-La Mancha (566,67%), la Comunidad de Baleares (379,41%) o la Comunidad Valenciana (206,15%).

Por tanto, fácil es de entender que los responsables de gestionar los sistemas públicos se hayan decantado por introducir fórmulas de gestión que contribuyan a aminorar el impacto de la carrera expansiva de crecimiento del gasto público y se marquen como objetivo ofrecer los servicios sanitarios de manera más eficiente.

2.2.2. Los modelos de colaboración público-privada: los modelos PFI y PPP

2.2.2.1. Definición

No nos es extraño hoy en día ver en artículos de prensa especializada o incluso no especializada, o escuchar en medios audiovisuales, hablar del concepto de la colaboración público-privada y de sus modelos aplicados a la sanidad. Podemos definir de forma genérica la colaboración público-privada como el “modelo tendente a suplir mediante medios privados las iniciativas, sea de creación o de explotación, de infraestructuras y servicios que habitualmente son realizadas exclusivamente con medios de carácter público”. Es decir, de forma más simplificada, hacer partícipe a la iniciativa privada en la gestión de lo público.

Estas iniciativas se conocen en España desde los años 90 y vienen importadas de los países de nuestro entorno, en el caso de la sanidad principalmente de Francia, Italia y especialmente de Gran Bretaña. El National Health Service (NHS) utiliza en más de 80 hospitales este modelo para la construcción y explotación de sus centros hospitalarios.

Este cambio conceptual de permitir la gestión por parte de la iniciativa privada de “lo público” viene amparada, por un lado, por la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general, abriendo la puerta a la creación de fundaciones de carácter jurídico privado. Y por otro, por la Ley 15/1997, de 25 de abril, que permitirá la prestación de servicios sanitarios a personas jurídicas privadas. Eso sí, preservando unos principios inamovibles:

- Que se mantenga el servicio público asistencial.
- Que se mantenga la responsabilidad última de la protección del servicio, es decir, que la Administración mantiene la titularidad del servicio.

Además, la ley de Contratos 30/2007, de 30 de octubre, modificada posteriormente por la Ley 34/2010, en su artículo 11.1, define el contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado diciendo: “1. Son contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado aquellos en que una Administración Pública encarga a una entidad de derecho privado, por un periodo determinado en función de la duración

Tabla 2.2.10. Deuda por comunidades autónomas.

	Total	Andalucía	Aragón	Principado de Asturias	Illes Balears	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
95	6,0	7,6	4,5	3,8	3,4	4,3	4,0	2,7	3,0
96	6,5	8,6	4,7	3,8	3,1	5,7	2,8	2,8	3,1
97	6,8	9,2	5,3	4,0	3,3	4,7	2,9	2,8	3,4
98	6,7	8,9	5,1	4,2	3,3	4,6	2,6	3,0	3,4
99	6,5	8,3	5,0	4,2	3,1	3,8	3,0	2,8	3,2
00	6,3	8,3	4,8	4,4	3,2	3,6	3,2	2,8	3,1
01	6,4	8,0	4,5	4,4	3,0	3,6	3,4	2,6	3,4
02	6,4	7,4	4,8	5,2	3,5	3,1	3,2	3,2	3,4
03	6,3	7,0	4,6	5,2	4,4	3,5	3,8	3,0	3,4
04	6,2	6,4	4,4	4,5	4,5	3,4	3,6	3,7	3,2
05	6,4	5,9	4,1	4,1	7,0	3,9	3,6	4,4	3,7
06	6,0	5,4	3,8	3,4	6,7	4,0	3,2	4,7	3,4
07	5,8	5,0	3,5	3,2	6,9	3,7	3,3	5,1	3,3
08	6,7	5,4	4,5	3,2	8,9	4,4	3,7	7,0	4,5
09 I	7,2	5,5	4,5	3,5	10,3	4,0	3,9	7,9	3,6
09 II	8,1	5,9	5,6	4,0	11,4	5,2	4,2	10,0	4,3
09 III	8,4	6,6	5,6	4,2	12,2	5,0	3,9	9,4	4,8
09 IV	8,7	6,9	5,8	4,8	12,4	5,7	5,0	12,0	5,7
10 I P	9,5	7,6	6,9	4,7	13,4	8,5	4,7	12,2	5,5
10 II P	10,4	8,0	8,0	5,7	14,4	8,3	5,4	14,1	6,1
10 III P	10,7	8,0	8,1	6,1	15,2	8,2	6,8	15,4	6,4
10 IV P	11,4	8,5	8,9	7,4	15,5	8,0	7,3	16,2	7,5
11 I P	11,9	8,9	10,1	7,4	16,6	7,8	8,5	16,9	7,7
11 II P	12,6	9,3	10,1	8,4	16,9	8,2	9,3	17,2	8,7
11 III P	12,7	9,4	10,2	8,7	16,6	8,1	9,6	18,1	8,7
11 IV A	13,1	9,8	10,2	9,1	16,3	8,8	9,3	18,0	9,4

Fuente: estadísticas del Banco de España.

Ratio deuda/PIB

								<i>Porcentajes</i>	
Cataluña	Extremadura	Galicia	La Rioja	Comunidad de Madrid	Región de Murcia	Comunidad Foral de Navarra	País Vasco (b)	Comunidad Valenciana	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	
8,3	6,0	8,5	3,9	3,7	5,3	10,4	7,3	6,5	
8,9	6,4	9,0	3,4	4,2	5,1	9,6	7,9	7,2	
9,7	6,0	9,2	3,0	4,4	4,7	8,7	7,9	7,7	
9,7	6,1	9,3	3,0	4,4	4,5	7,5	6,9	8,1	
9,2	6,1	9,4	3,0	4,3	4,4	6,8	6,0	9,0	
8,5	5,8	9,4	2,9	3,8	4,0	5,9	5,3	9,8	
8,4	6,3	8,9	3,2	5,7	4,1	5,6	3,8	10,0	
7,9	6,5	8,5	3,1	6,7	3,8	5,2	3,0	10,0	
7,4	6,0	8,0	3,1	6,5	3,5	4,8	3,1	10,5	
7,7	5,6	7,6	3,1	6,0	3,5	4,5	2,7	11,4	
8,6	5,1	7,3	2,8	6,3	3,0	4,2	2,0	11,8	
8,1	4,8	7,0	2,5	5,8	2,7	3,9	1,5	11,7	
8,0	4,5	6,9	3,5	5,4	2,4	3,6	1,0	11,6	
10,3	5,0	7,0	4,9	5,5	2,7	4,7	1,5	12,3	
11,7	4,6	6,9	6,4	5,7	3,8	4,6	1,5	13,4	
13,2	5,5	7,7	7,8	6,2	4,4	5,6	2,2	14,3	
13,5	5,5	8,1	6,5	6,0	4,9	5,9	2,7	15,2	
13,0	6,1	8,8	6,5	6,3	4,9	6,0	4,0	15,2	
14,1	6,0	9,6	8,0	6,4	6,2	7,9	5,1	16,3	
16,1	7,4	10,1	8,8	6,9	6,7	8,2	6,0	17,3	
16,4	8,0	10,6	9,4	6,8	7,4	8,2	6,3	17,5	
17,3	9,6	11,1	9,2	7,1	7,7	9,1	7,5	18,6	
18,4	10,0	11,0	11,0	7,4	8,5	10,1	7,5	18,8	
19,8	10,9	12,3	11,4	7,7	9,8	10,6	7,9	19,9	
20,0	10,8	12,3	11,6	7,8	9,9	11,0	7,9	19,7	
20,7	10,9	12,3	11,2	7,9	10,1	12,9	8,1	19,9	

de la amortización de las inversiones o de las fórmulas de financiación que se prevean, la realización de una actuación global e integrada que, además de la financiación de inversiones inmateriales, de obras o de suministros necesarios para el cumplimiento de determinados objetivos de servicio público o relacionados con actuaciones de interés general". Continúa enumerando cuáles considera que son prestaciones sujetas a colaboración público-privada:

- a) La construcción, instalación o transformación de obras, equipos, sistemas, y productos o bienes complejos, así como su mantenimiento, actualización o renovación, explotación o su gestión.
- b) La gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.
- c) La fabricación de bienes y la prestación de servicios que incorporen tecnología específicamente desarrollada con el propósito de aportar soluciones más avanzadas y económicamente más ventajosas que las existentes en el mercado.
- d) Otras prestaciones de servicios ligadas al desarrollo por la Administración del servicio público o actuación de interés general que le haya sido encomendado."

Por último, la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible aboga por impulsar la eficiencia en la contratación y la colaboración público-privada vinculándola a parámetros de sostenibilidad.

En las Figuras 2.2.18. y 2.2.19. se refleja la ejecución de pagos de un proceso de contratación. En la primera con el sistema denominado "tradicional", en el que es la Administración la que interviene y asume todo el proceso desde el inicio hasta la finalización (Figura 2.2.18.). Por el contrario, en el modelo de contratación público-privada (Figura 2.2.19.), los pagos se realizan por disponibilidad y uso.

2.2.2.2. Los modelos PFI y PPP

El *Private Finance Initiative* (PFI) es un modelo concesional que se basa en un tipo de colaboración en el que el adjudicatario, en virtud de un contrato de concesión, asume por su cuenta y riesgo la infraestructura o

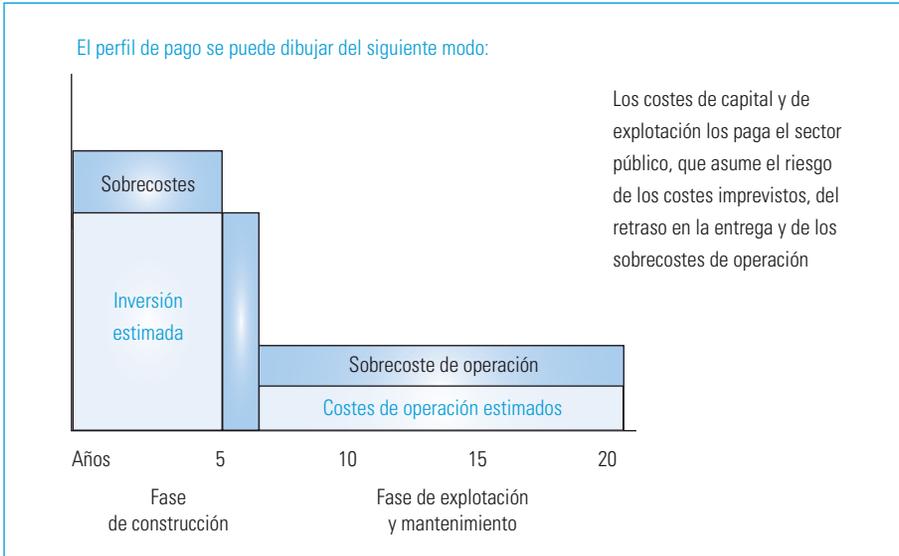


FIGURA 2.2.18. Contratación pública tradicional.

Fuente: PWC.

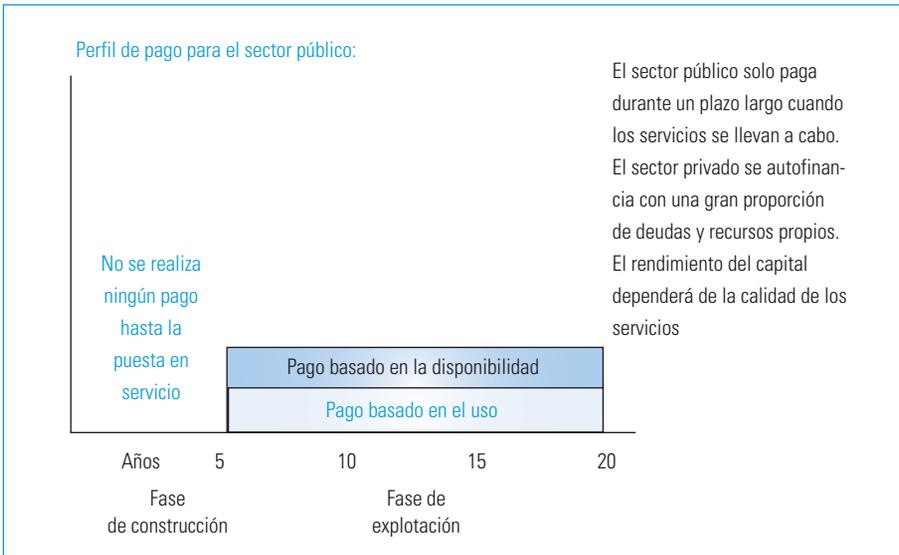


FIGURA 2.2.19. Contratación mediante CPP.

Fuente: PWC.

equipamiento para la explotación del servicio a concesionar por parte de la Administración. Además, quedan a su cargo también la explota-

ción de los servicios no asistenciales (mantenimiento, seguridad, limpieza, manutención...), mientras que los recursos asistenciales quedan bajo el paraguas y responsabilidad de gestión de la Administración sanitaria. La forma de retribución es mediante canon.

El *Public Private Partnership* (PPP) es un modelo concesional que, además de incluir las características anteriores, engloba la prestación de todos los servicios asistenciales. Es lo que podríamos llamar un modelo “todo incluido”, en el que la Administración que concede el servicio estipula un determinado tipo de prestaciones o cartera de servicios que debe ofrecerse a un área de población. El concesionario se obliga a prestar el servicio completo, desde la primera asistencia hasta la especializada. La forma de retribución es también mediante canon.

De forma general, el tipo de empresas que acuden a los procesos de licitación cuando se plantea por parte de la Administración una colaboración basada en el modelo PFI, mayoritariamente suelen ser constructoras que se presentan bien de forma individual o en la forma de unión temporal de empresas (UTE) junto también con empresas del grupo que prestan servicios de limpieza, mantenimiento, seguridad, etc. Por lo contrario, en los casos o procesos de adjudicación basados en el modelo PPP las empresas principales suelen ser sanitarias, con la posibilidad de que acudan en UTE con otras empresas del sector de la construcción o del de servicios (Tabla 2.2.11.).

Tabla 2.2.11. Tipologías de concesiones para hospitales en España

	Modelo A	Modelo B	Modelo C	Modelo E	Modelo F
Construcción					
Equipamiento					
Mantenimiento					
Servicios no asistenciales					
Tecnología sanitaria					
Atención Especializada					
Atención Primaria					

2.2.2.3. Ventajas de la colaboración público-privada

Para los distintos grupos de interés las principales ventajas que produce la utilización de modelos de colaboración público-privada son:

Para la Administración:

- Se garantiza una mayor estabilidad presupuestaria.
- Incremento del grado de eficiencia del gasto público.
- Cumplimiento de los criterios del Eurostat en materia de deuda pública.
- Se produce una transferencia del riesgo hacia el sector privado.
- Ofrecen la posibilidad al sector público de realizar pagos solo por disponibilidad y uso.
- La Administración se redirecciona hacia los resultados.
- Se favorece el aseguramiento de la calidad.
- Permite una mayor planificación de la inversión a largo plazo.

Para los usuarios:

- Reducción de los tiempos de espera.
- Los usuarios se transforman en clientes.
- El prestador del servicio puede ser penalizado por no asegurar la calidad.

Para el mercado:

- Se favorece la competitividad.
- Aparecen nuevos nichos de negocio.
- Se produce una especialización.
- Aparecen sinergias entre distintos sectores.

Al enumerar las ventajas también hay que mencionar las desventajas en las tres que podemos citar:

- Posibilidad de pérdida de control por parte del sector público.
- Al ser modelos recientes, relativa inexperiencia en su utilización por parte de los actores implicados (Administración y empresas).
- Contratos de larga duración que pueden llegar a resultar inflexibles.

2.2.2.4. Problemática de los modelos PFI

Nos extenderemos un poco más en las desventajas del modelo y, en concreto en las referidas al PFI, dejando al margen, por considerarlo totalmente inapropiado y falto de rigor, el debate generado en la sociedad sobre la privatización del sistema sanitario que de forma tan intensa se está produciendo en nuestro país. Es constatable que la aplicación de estas nuevas fórmulas de gestión están generando algunos problemas en su aplicación, sobre todo en el modelo PFI, el más extendido en nuestra geografía, que pueden ser atribuibles en primer término a una falta de experiencia en la gestión de los mismos por las dos partes intervinientes: Administración y empresas concesionarias.

La Administración Sanitaria, en este caso, por utilizar un elemento de contratación que es de reciente introducción en sus formas de contratación, ya que en unos pliegos tiene que intentar plasmar y refundir, según precise, sus necesidades tanto de infraestructuras como de gestión de servicios referidas a un largo periodo de tiempo (entre 25 y 30 años). Si por algo se caracteriza la Administración sanitaria es por la constante redefinición de sus proyectos. No hay, por ejemplo, ningún proyecto de construcción de infraestructuras hospitalarias que a pesar del empeño tanto de gestores como del poco margen que concede el propio ordenamiento jurídico no conlleve un proyecto modificado o con modificaciones y su correspondiente proyecto complementario. En los PFI se da poco margen al estudio y redefinición de la inversión inicial; en ese sentido precisamente de lo que se trata es de dejar cerrada la misma para no incurrir en sobrecostos añadidos que pueden poner en riesgo la viabilidad del proyecto. Por ello, es muy importante que la Administración sanitaria realice una exhaustiva y completa definición del proyecto a acometer y de sus circunstancias, en las que necesariamente deben intervenir los profesionales afectados.

A este respecto debemos referirnos a la falta de experiencia de las empresas concesionarias que, al tratarse primordialmente de empresas constructoras o filiales de estas, acusan una falta de conocimiento en lo que se refiere a la gestión de servicios complementarios a la gestión clínica que exigen por su naturaleza un mayor grado de control y eficiencia en la prestación de los mismos. Ello sin ninguna duda conlleva el establecimiento de mecanismos de penalización, penalizaciones que pueden

llegar a ser muy sustanciosas, lo que puede generar tensiones entre las partes. En definitiva, las empresas adjudicatarias deben abandonar un “modelo de constructor”, al que podríamos calificar de cortoplacista, para cambiar y orientarse hacia un modelo de prestación complementaria de servicios asistenciales de más largo recorrido.

Otra de las problemáticas que se está generando está relacionada con la redacción e interpretación del exhaustivo y completo clausulado que conlleva una licitación de estas características. Por un lado, la prudente actitud de la Administración que intenta preservar el interés general, pudiendo a llegar a ser en cierto sentido “abusivo” y, por otro, la falta de concreción en las ofertas presentadas por los licitadores conlleva dificultades interpretativas y consecuentemente la posible interposición de recursos de carácter contencioso administrativo que tampoco en ningún caso favorecen y facilitan el buen funcionamiento de la concesión. Por este motivo debe exigirse a las partes intervinientes esfuerzo y esmero en conseguir claridad y concreción en la redacción de sus respectivos documentos que pasarán a formar parte del contrato de concesión.

Hemos mencionado al principio de este apartado que no entraríamos en el estéril debate sobre privatización; sin embargo, creo que es importante mencionar que al analizar ciertas comparativas y estudios que circulan en los que se intenta demostrar que estas fórmulas de gestión son ineficientes y generadoras de sobrecostes por reducir de manera significativa el plazo de puesta en disposición (el plazo de construcción y puesta en disposición de una inversión, hospital, según el modelo PFI suele oscilar entre 26 y 30 meses, mientras que por contratación directa es superior a los 48 meses), se obvia, de manera claramente intencionada, mencionar lo difícil que resulta cuantificar el coste de oportunidad que para una determinada población supone el disponer de unos servicios sanitarios de manera mucho más rápida.

De todas formas no soy un defensor del modelo PFI, pues entiendo que en demasiadas ocasiones este modelo se ha utilizado no por las ventajas que ofrece al ciudadano sino para que ciertos políticos hayan podido seguir inaugurando centros de difícil justificación técnica.

2.2.2.5. Modelos de colaboración público-privada

En este apartado nos ocupamos de algunos de los proyectos realizados bajo el sistema de colaboración público-privada que están en funcionamiento en nuestro país.

2.2.2.5.1. *El modelo del Hospital Son Espases (Comunidad de Illes Balears)*

El modelo de construcción y explotación del Nuevo Son Dureta (actualmente Son Espases) es un claro ejemplo de implantación del modelo PFI en el que se incluye construcción y posterior explotación de servicios no asistenciales. Se gesta en la legislatura 2003-2007, licitándose en octubre de 2005 y en concreto se adjudica el 29 de diciembre de 2006 (BOE n.º 100 de 26/04/2007) a la Concesionaria de Son Dureta, creada y conformada por las siguientes empresas: Dragados S. A., FCC Construcción S. A. y las locales Melchor Mascaró S. A. y Llabrés Feliu Medi Ambient S. L. El importe de licitación fue de 635.071.000 €, un 18,42% inferior al presupuesto base de licitación.

2.2.2.5.1.1. *El proyecto de construcción y dotación de tecnología*

Con este proyecto se ha construido un nuevo hospital que sustituye al viejo hospital de referencia, con más de 50 años de antigüedad, y que se encontraba en verdadero estado de obsolescencia desde el punto de vista constructivo.

El primer proyecto de construcción corresponde a la época pretransferencial y consistía en una remodelación total del hospital en la ubicación inicial del mismo. Posteriormente, se decidió construir en unos nuevos terrenos denominados Son Espases, que le darán nombre.

La superficie edificada es superior a los 171.000 m², lo que supera en 2,3 veces la superficie del antiguo hospital. El periodo de construcción se estipuló en un máximo de 30 meses y el importe de inversión en obra estuvo en torno a los 238 millones de euros.

La adquisición de la alta tecnología para dotar a este nuevo centro hospitalario se realizó mediante procedimiento de “diálogo competitivo” fuera del procedimiento de concesión. Es una reciente figura de contratación administrativa regulada por la LCSP y encuadrada en la co-

Tabla 2.2.12. Infraestructuras del Hospital Son Espases

Superficie de la parcela	217.647 m ²
Superficie del hospital	171.462 m ²
Número de plazas de aparcamiento	2.326
Urgencias Adultos	
Superficie	5.200 m ²
Número de box – consultas	33
Número de puntos de atención	38
Habitaciones	
Número total de habitaciones	819
Habitaciones individuales	
Número de habitaciones individuales	490
Superficie de la habitación individual	23,4 m ²
Superficie de la habitación doble	28 m ²
Bloques quirúrgicos-UCI	
Salas de operaciones	20
Salas de operaciones de CMA	4
Paritorios de alto riesgo	2
Salas de dilatación/extracción	6
Número de camas del despertar	24
Camas de reanimación	12
Camas de adaptación al medio CMA	20
Camas UCI medicoquirúrgica	32
Camas UCI coronaria	8
Camas Postop CCA	8
UCI Neonatal	19
UCI semicríticos neonatos	24
UCI Pediatría	12
Consultas y gabinetes	
Superficie	10.100 m ²
Número total	230
Diálisis	
Número de camas	29

Fuente: lbsalut.

laboración público-privada que consiste en que el órgano de contratación administrativa dirige un diálogo con los candidatos seleccionados, previa solicitud de estos, con el fin de desarrollar una o varias soluciones susceptibles de satisfacer sus necesidades y que servirán de base para que los candidatos elegidos presenten una oferta. Los orígenes vienen referenciados en la Directiva 2004/18 CE.

La remuneración de pago de construcción se realiza mediante un canon preestablecido no sujeto a actualización de pago durante la vida del contrato.

En la Tabla 2.2.12. se reflejan algunos datos relativos a la dotación de infraestructuras del Hospital Son Espases.

2.2.2.5.1.2. La explotación de servicios

El contrato de concesión del Hospital Son Espases lleva implícita la gestión de servicios no asistenciales sujetos a deducciones por falta de disponibilidad. En la Tabla 2.2.13. se relacionan los servicios concesionados, algunos de ellos ligados a actividad.

Tabla 2.2.13. Estructura y composición del pago al concesionario

Componentes del pago	Pago		Servicio ligado a actividad		Periodo de pago máximo
	Canon	Actualización del pago	Sí/No	Unidad de referencia para pago	
Puesta a disposición de la obra pública y del equipamiento	Preestablecido	No	No	N/A	30 años
SERVICIOS CUYO PAGO ES SENSIBLE A LA ACTIVIDAD					
Lavandería y lencería	Variable	Sí	Sí	€/kg ropa lavada	30 años
Alimentación pacientes	Variable	Sí	Sí	€/n.º de pensiones	30 años
Gestión de residuos	Variable	Sí	Sí	€/n.º Ton. de residuos	30 años
Esterilización	Variable	Sí	Sí	€/n.º de intervenciones quirúrgicas	30 años
Cafetería*	Variable	Sí	Sí	€/n.º de vales de comida	30 años
Gestión de archivo	Variable	Sí	Sí	€/n.º de historias clínicas	30 años
SERVICIOS CUYO PAGO NO ES SENSIBLE A LA ACTIVIDAD					
Mantenimiento general	Variable	Sí	No	N/A	30 años
Limpieza	Variable	Sí	No	N/A	30 años
Seguridad	Variable	Sí	No	N/A	30 años
Biblioteca	Variable	Sí	No	N/A	30 años
Imprenta	Variable	Sí	No	N/A	30 años
Desinsectación	Variable	Sí	No	N/A	30 años
Aparcamiento*	Variable	Sí	No	N/A	30 años

* Hace referencia únicamente a la parte de la prestación de estos servicios que es remunerada directamente por la Administración: en el caso de la cafetería, se refiere a los vales de comida utilizados por el personal del nuevo hospital, y en el caso del aparcamiento a las plazas reservadas para el personal del nuevo hospital.

N/A: no aplicable.

Fuente: pliego técnico nuevo Son Dureta. Ibsalut.

La remuneración de servicios se realiza mediante canon variable que conlleva actualización del pago por el transcurso del tiempo. La variable utilizada es el menor de entre el IPC nacional o el IPC de la Comunidad de las Illes Balears.

2.2.2.5.2. Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid

El Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid es un ejemplo de colaboración público-privada aplicado a la gestión integral de servicios. Implica la prestación a toda la trazabilidad de la muestra, desde el punto de extracción hasta el resultado informado. Adjudicado a BRSalud (Ribera Salud, Balagué Center y Asistencia en Medicina para las entidades de Seguro [AMS]) por un periodo de 8 años prorrogables hasta un máximo de 10 años. Puesto en funcionamiento en junio de 2009, es el laboratorio de referencia para un sector de población de aproximadamente un 1.200.000 habitantes. El pliego obliga al adjudicatario a elaborar un plan de calidad. Los servicios centrales de laboratorio están distribuidos en tres plantas (2.500 m²) en el Hospital Infanta Sofía, en San Sebastián de los Reyes. Este dispositivo biomédico contempla las siguientes áreas de diagnóstico: análisis clínicos, bioquímica, hematología analítica, microbiología y parasitología, inmunología, genética, así como las pruebas de compatibilidad de sangre y componentes sanguíneos. El catálogo actual es de 1.400 pruebas. La actividad realizada por el centro a junio de 2011 es de 2.452.040 peticiones y un total de 36.338.986 pruebas analíticas, lo que da una media de 15 pruebas por petición. La retribución de esta concesión administrativa está prevista mediante pago capitativo.

En la Figura 2.2.20. se refleja el esquema de funcionamiento de este contrato de concesión administrativa en el que la actividad que requiere una respuesta urgente (<6 horas) se realiza en los propios hospitales. Por lo contrario, la actividad programada de los centros y sus áreas de influencia se traslada al *core* central para su procesado a través de una cadena a la que van conectados los autoanalizadores; ello permite trabajar con grandes volúmenes de muestras de forma muy eficiente.

La Tabla 2.2.14. muestra los costes capitativos de las pruebas en el ejercicio 2007. Se observa una sustancial diferencia entre el coste de pruebas que asumía la Comunidad de Madrid cuando realizaba la gestión a través de servicios propios y cuando adjudica el servicio.

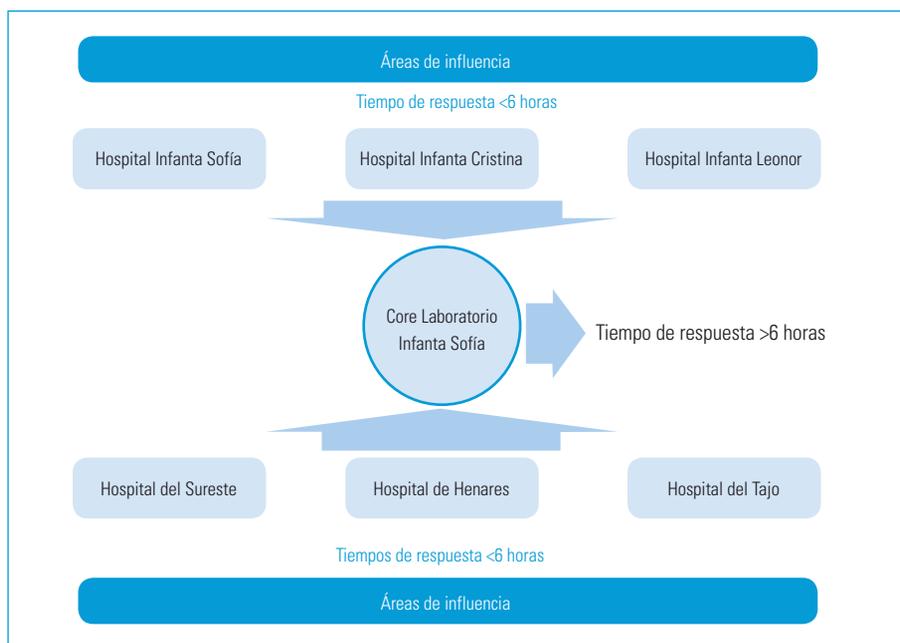


FIGURA 2.2.20. Esquema de funcionamiento. Concesión Laboratorio Central.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2.2.14. Coste per cápita (2007)

CA de Madrid	Licitación concurso	Adjudicación concurso
37,60 €	22,05 €	15,90 €*

*El pliego prevé un mecanismo de revisión de precios.
Fuente: pliegos técnicos del concurso de concesión de laboratorios CA Madrid.

En conclusión, los laboratorios clínicos son el paradigma de la aplicación de economías de escala en la prestación de servicios sanitarios, por lo que la concentración de actividad junto con la incorporación de la colaboración público-privada puede ofrecer a la Administración importantes beneficios a la vez que mejora su eficiencia.

2.2.2.5.3. La concesión administrativa del Hospital de la Ribera (Alzira), Comunidad Valenciana

2.2.2.5.3.1. El Modelo

Conocido por el “Modelo Alzira”, modelo PPP puro, es el referente por antonomasia y bastión de la colaboración público-privada en nuestro

país. Es el modelo de gestión más conocido fuera de nuestras fronteras. Puesto en funcionamiento este hospital en 1999 por la UTE de empresas formada por Adeslas (Grupo Agbar), Bancaja y la Caja de Ahorros del Mediterráneo CAM y las dos constructoras responsables de la construcción del hospital (Dragados [2%] y Lubasa [2%]). En una primera etapa que dura hasta 2003 la prestación sanitaria se circunscribe a la Atención Especializada, pero a partir de esta fecha se incorpora la Atención Primaria.

Mediante el “Modelo Alzira” se realiza una asistencia integral de un sector de población asignado a un centro, en este caso el Hospital de la Ribera, junto con sus centros de Atención Primaria. La principal ventaja en este sentido es que el centro de atención es el paciente y sobre él gira la prestación. No existen barreras que dificultan el intercambio de información entre la Asistencia Primaria y Especializada.

La remuneración al adjudicatario por parte de la Administración es una cantidad capitativa por la población asignada (250.000 habitantes), pudiendo recibir de la Administración cantidades adicionales por la prestación de servicios a población de otros sectores.

En la Tabla 2.2.15. se recoge la evolución del gasto comparativo entre la gestión de los centros de la Comunidad Valenciana realizados de forma directa por la propia Administración y el gasto capitativo que se realiza al adjudicatario. Como se observa la diferencia mantenida en el periodo analizado (2006-2010) es del 26%.

Tabla 2.2.15. Evolución comparativa del gasto por gestión directa y pago per cápita

	2006	2007	2008	2009	2010
Gestión directa					
CA Valenciana	659,53 €	731,11 €	780,96 €	811,74 €	824,64 €
Pago capitativo adjudicatario	494,72 €	535,39 €	571,90 €	597,64 €	607,14 €
% Diferencia	25%	27%	27%	26%	26%

Fuente: Ribera Salud. Informe modelo Alzira NHS.

2.2.2.5.3.2. La gestión de recursos humanos

Los profesionales que trabajan en el área de influencia del Hospital de la Ribera pertenecen a la empresa adjudicataria, un aspecto diferente a lo que ocurre en el modelo PFI, en el que “la bata blanca” es gestionada directamente por la Administración. Todos estos profesionales gozan de incentivos de formación y carrera profesional. El modelo retributivo está basado en una parte fija y en un variable, en función de objetivos, que es distinto entre especializada y primaria.

En la Figura 2.2.21. se ilustra la distribución de las retribuciones del personal médico adscrito al área sanitaria del Hospital de la Ribera. En ella se puede comprobar que el porcentaje sometido a cumplimiento de objetivos en la Atención Especializada es superior al de la Atención Primaria.

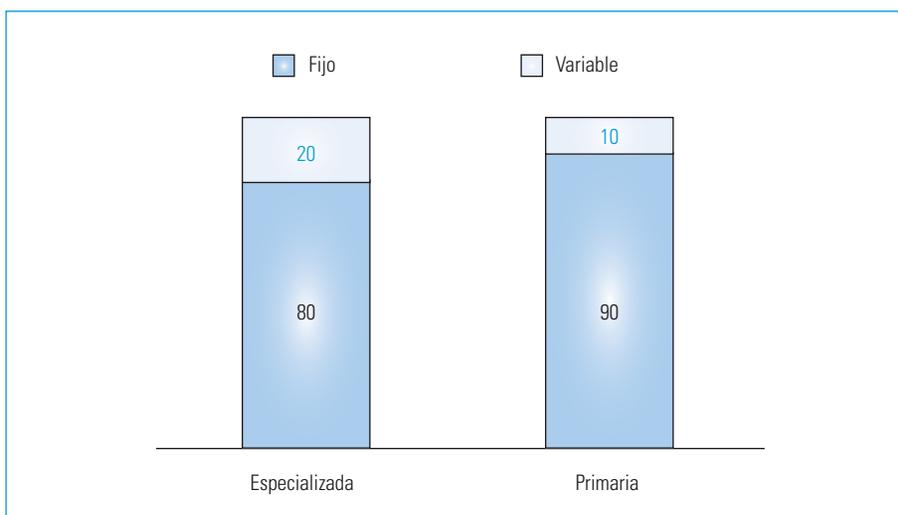


FIGURA 2.2.21. Distribución de las retribuciones del personal médico.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del informe Ribera NHS.

2.2.2.5.3.3. La gestión tecnológica

La prestación sanitaria en este modelo se basa en una implementación tecnológica de alto nivel que permita realizar la orientación diagnóstica en el menor plazo de tiempo posible. Todos los recursos están enfocados hacia la prestación integral del servicio que permite una gestión eficiente complementada con una gestión de calidad. Para ello es imprescindible

contar con la ayuda de un soporte o plataforma informática que se encuentra ampliamente extendida e integrada.

En resumen, la gestión del “Modelo Alzira” se sustenta en los siguientes ejes:

- Financiación pública de la prestación a través del pago capitolativo.
- Provisión de servicios privada. La prestación sanitaria la realiza un ente privado.
- Control público. El proceso de concesión, en sentido amplio, está sujeto al control cuantitativo y cualitativo mediante la figura del comisionado.
- Propiedad pública. Construcción en suelo público.

Este modelo se ha ido extendiendo a otros centros de la Comunidad Valenciana como son el Hospital de Denia, el Hospital de Manises, el Hospital de Vinalopó y el Hospital de Torrevieja.

Es reseñable que en el momento de redactar este capítulo Ribera Salud se encuentra sometida a un proceso de selección de nuevos inversores y que la Comunidad de Castilla-La Mancha y la Comunidad de Madrid están iniciando procesos de transformación de 10 hospitales de gestión pública a hospitales que se gestionarán según este modelo.

En la Figura 2.2.22. se ofrece un mapa de concesiones del territorio español gestionadas de acuerdo a los modelos PFI y PPP.

Gestión sanitaria privada mediante concesión administrativa

COMUNIDAD DE MADRID*

Centro	Camas	Apertura	Cobertura (población)
 Hospital Infanta Elena	106	2007	100.000
 Hospital de Torrejón	250	2011	136.000
 Hospital de Móstoles	260	2012	180.000
 Hospital de Collado Villalba	150	2013 (previsión)	110.000
 ** Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid		2009	1.100.000

* Los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Henares, Sureste y Hospital del Tajo, que eran gestionados por sistema PFI, pasarán en 2013 a modelo PPP junto con 27 centros de salud.

** 2012. Unilabs entra a formar parte del accionariado de la UTE con la compra de las acciones de Balagué Center y AMS (55%).

COMUNIDAD DE MADRID

Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid

- Ribera Salud (45%)
- Balagué Center (35%)
- Asistencia en Medicina para las entidades de seguro (20%)

Hospital de Collado Villalba

- Grupo Capio Sanidad

Hospital Infanta Elena (Valdemoro)

- Grupo Capio Sanidad

Hospital de Móstoles

- Grupo Capio Sanidad

Hospital de Torrejón

- Ribera Salud (60%)
- ASISA (25%)
- Concessia (10%)
- FCC (5%)

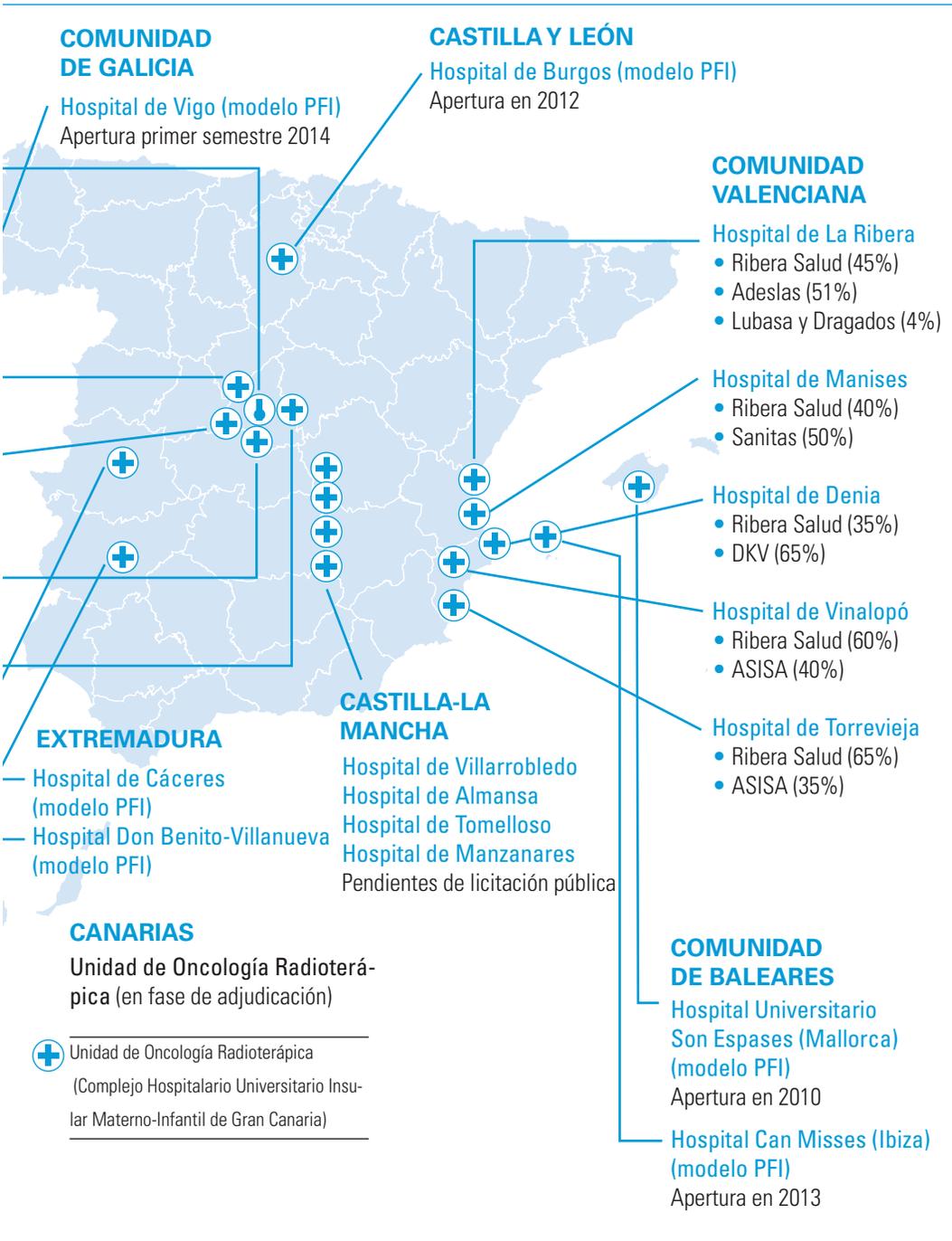
COMUNIDAD VALENCIANA

La concesionaria gestiona toda la atención sanitaria, desde el centro de salud al hospital. Ribera Salud está presente en el accionariado de todas ellas.

Centro	Camas	Apertura	Cobertura (población)
 Hospital de la Ribera	301	1999	250.000
 Hospital de Torrevieja	250	2006	155.000
 Hospital de Denia	132	2006	140.000
 Hospital de Manises	319	2009	140.000
 Hospital de Vinalopó	273	2010	140.000

FIGURA 2.2.22. Concesiones administrativas en España.

Fuente: diario El PAÍS 2011 y elaboración propia.



2.3. EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA: UN ACERCAMIENTO A LA REALIDAD ECONÓMICA

2.3.1. El sistema sanitario en España

El sistema sanitario español está compuesto tanto por recursos públicos como por recursos de titularidad privada que interactúan para ofrecer al conjunto de la población sus servicios. Mayoritariamente, los recursos pertenecen al sistema público; sin embargo, el peso de la actividad privada es bastante significativo. En términos de gasto sanitario total, el 26,4% del mismo es del sector privado.

En términos de PIB el gasto sanitario total de 2009 representa el 9,51%, que se distribuye en un 3,24% de gasto privado y un 6,27% de gasto público (Figura 2.3.23.).

2.3.1.1. Evolución histórica del sistema público

España y su modelo sanitario se encuadran dentro del grupo de países con Sistema Nacional del Salud (SNS). Reino Unido y Noruega, entre otros, son países que tienen el mismo sistema; genéricamente se le denomina modelo Beveridge. Este modelo es distinto al de los países que disponen de sistema de Seguridad Social (modelo Bismark⁴) como es el caso de Alemania o Francia.

⁴ El modelo bismarckiano es un modelo contributivo, en el que los aportes de los participantes del modelo financian los beneficios de los mismos participantes, excluyendo a los que quedan fuera. El modelo Beveridge es un modelo no contributivo en el que el financiamiento proviene de impuestos generales y los beneficios tienden a ser universales, siendo así más inclusivos.

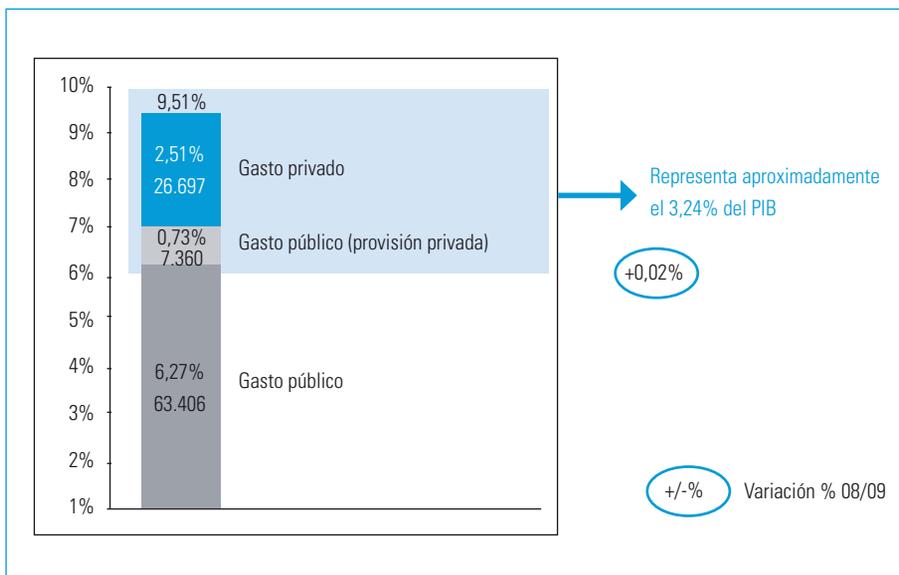


FIGURA 2.3.23. Gráfico sobre estimación del gasto sanitario privado y del gasto sanitario público y provisión privada, en porcentaje del PIB y millones de €. Ejercicio 2009.

Fuente: Informe Idis. Sanidad privada aportando valor 2012 sobre datos de OCDE 2011 y elaboración propia.

El antecedente de la creación de nuestro actual sistema sanitario es el Instituto Nacional de Previsión (INP), creado en 1908 por Antonio Maura. De 1908 hasta 1978 estuvo en proceso continuo de crecimiento y ampliación de coberturas con el objetivo de dar mayor protección a los asalariados. En 1978, mediante el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, se extingue dicho Instituto y el Sistema de Seguridad Social pasa a ser gestionado a través de diferentes organismos (Tabla 2.3.16.).

Tabla 2.3.16. Organismos gestores de la Seguridad Social en España

Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)	Prestaciones sanitarias
Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS)	Gestión de las prestaciones económicas (pensiones, subsidios...)
Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)	Gestión de servicios sociales
Instituto Social de la Marina (ISM)	Prestaciones a los trabajadores del mar
Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS)	Gestión patrimonial y económico-financiera

El hecho que posibilita este cambio importante se produce como consecuencia del gran cambio que experimentó nuestro sistema político con la aprobación y promulgación de nuestra Constitución, que establece un marco de protección sanitaria y social para el conjunto de los ciudadanos.

Un paso importante de desarrollo de derechos y modernización del sistema fue la incorporación a nuestro ordenamiento de la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, que amplía la cobertura sanitaria a las personas sin recursos. Esta posibilidad de extensión de la cobertura asistencial a las personas sin recursos se manifiesta en el Real Decreto 1088/1989, merced al cual el porcentaje de protección pasa a ser de casi un 94% de la población. Por último, la Ley 4/2000 extiende la cobertura sanitaria a la población extranjera residente en España.

La nueva configuración territorial y el nuevo ámbito competencial que se desarrolla en la Constitución es uno de los aspectos más característicos del modelo sanitario español. El proceso de trasvase competencial a las comunidades autónomas (CC. AA.) se inicia en 1981 y se culmina en dos décadas, siendo Cataluña la primera comunidad que recibió las transferencias en materia de asistencia sanitaria del Estado (Figura 2.3.24.).

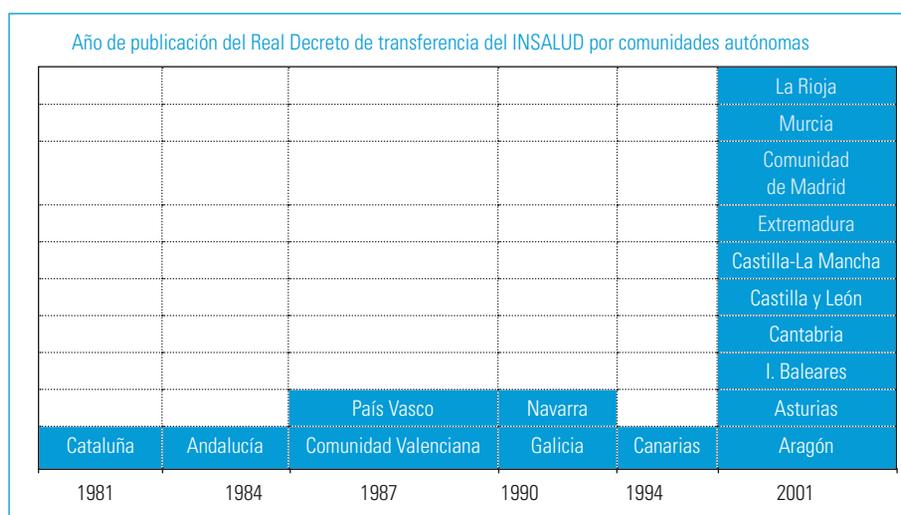


FIGURA 2.3.24. Transferencias sanitarias por comunidades autónomas.

Fuente: "El traspaso de competencias en el sector público." Servicio de Estudios de la CEOE. Diciembre de 2011.

En 2002 el Insalud a consecuencia de las últimas transferencias se vacía de contenido y se configura en una entidad de menor dimensión y pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA); el nuevo Instituto se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Fruto de la creación de subsistemas sanitarios derivada del proceso de transferencias, con la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se pretende de forma ambiciosa dar cohesión al sistema fijando criterios marco de coordinación entre las distintas comunidades que configuran el Estado español. La figura del Consejo Interterritorial cobra protagonismo.

Si hasta el momento se ha vivido una etapa expansiva en materia de garantías y coberturas asistenciales, el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para la sostenibilidad del sistema sanitario reduce y limita la cobertura; algunos cifran esta disminución en un 12,7% de la población.

2.3.1.2. Análisis de la situación actual del sistema sanitario: una visión por CC. AA.

Hemos visto anteriormente que el sistema sanitario se agrupa en varios subsistemas, uno para cada comunidad autónoma. Para ver y analizar cada uno de ellos nos acercaremos a cada comunidad. En líneas generales, tal como se observa en la Tabla 2.3.17., los presupuestos iniciales en su mayoría sufren descensos desde el ejercicio 2010 como consecuencia de los obligados ajustes presupuestarios provocados por la crisis económica que está sufriendo el país. La media presupuestaria de descenso para el ejercicio 2012 se sitúa en el 6% respecto al ejercicio 2011.

2.3.1.2.1. Andalucía

Comparado con el del ejercicio 2011 el presupuesto de Andalucía para 2012 experimenta un ligero incremento del 0,15%, si bien se mantiene por debajo de los niveles de asignación presupuestaria del ejercicio 2008.

El capítulo correspondiente a gastos de personal mantiene su nivel de gasto respecto al ejercicio anterior debido al mantenimiento de la plan-

Tabla 2.3.17. Presupuestos iniciales por CA en millones de € (2007-2011)

CA	2007	2008	07/08 %	2009	08/09%	2010	09/10%	2011	10/11%	07/11%
Andalucía	8.730,59	9.565,46	9,56%	9.826,54	2,73%	9.827,38	0,01%	9.379,09	-4,56%	7,43%
Aragón	1.635,88	1.746,82	6,78%	1.879,71	7,61%	1.907,63	1,49%	1.849,08	-3,07%	13,03%
Asturias	1.338,67	1.368,39	2,22%	1.558,99	13,93%	1.639,96	5,19%	1.551,69	-5,38%	15,91%
Islas Baleares	1.086,68	1.197,30	10,18%	1.257,53	5,03%	1.176,35	-6,46%	1.176,35	0,00%	8,25%
Canarias	2.522,35	2.803,52	11,15%	2.929,94	4,51%	2.857,01	-2,49%	2.540,92	-11,06%	0,74%
Cantabria	721,33	754,78	4,64%	793,57	5,14%	795,93	0,30%	729,75	-8,31%	1,17%
Cataluña	8.683,93	9.159,64	5,48%	9.426,20	2,91%	9.888,28	4,90%	9.200,86	-6,95%	5,95%
Castilla y León	3.048,02	3.333,44	9,36%	3.408,75	2,26%	3.518,64	3,22%	3.461,61	-1,62%	13,57%
Castilla-La Mancha	2.406,31	2.634,19	9,47%	2.852,56	8,29%	2.918,50	2,31%	2.814,10	-3,58%	16,95%
Comunidad Valenciana	5.089,96	5.455,61	7,18%	5.659,99	3,75%	5.720,26	1,06%	5.515,30	-3,58%	8,36%
Extremadura	1.459,77	1.599,92	9,60%	1.717,68	7,36%	1.664,31	-3,11%	1.572,09	-5,54%	7,69%
Galicia	3.388,13	3.639,00	7,40%	3.767,12	3,52%	3.728,31	-1,03%	3.547,32	-4,85%	4,70%
Madrid	6.500,45	6.953,82	6,97%	7.122,47	2,43%	7.081,23	-0,58%	7.134,38	0,75%	9,75%
Región de Murcia	1.571,20	1.765,53	12,37%	1.853,66	4,99%	1.984,83	7,08%	2.023,45	1,95%	28,78%
Comunidad Foral de Navarra	807,27	873,25	8,17%	906,94	3,86%	986,76	8,80%	971,93	-1,50%	20,40%
País Vasco	2.925,46	3.267,86	11,70%	3.546,44	8,52%	3.630,28	2,36%	3.506,23	-3,42%	19,85%
La Rioja	467,39	440,80	-5,69%	452,57	2,67%	411,99	-8,97%	434,33	5,42%	-7,07%
Total	52.383,39	56.559,33	7,97%	58.960,66	4,25%	59.737,65	1,32%	57.408,48	-3,90%	9,59%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

tilla estructural, al mantenimiento de programas sanitarios y a la consolidación de la carrera profesional.

La partida que sufre mayor disminución es la correspondiente a gasto farmacéutico. Disminuyen también las partidas destinadas a conciertos.

Andalucía es la cuarta con menor gasto sanitario por habitante, solo superada por la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Baleares.

2.3.1.2.2. Aragón

También el presupuesto de 2012 sufre una disminución respecto al de 2011 que ronda el 0,12%. Se propone contener el gasto con medidas tendentes a mejorar la eficiencia en la prestación de servicios sanitarios mediante la aplicación de congelación de sueldos, disminución de sustituciones de plantilla fija, a lo que se añade la disminución de programas sanitarios.

Todas estas medidas van acompañadas de una limitación del gasto en inversiones.

Los presupuestos de 2011 y 2012 son inferiores al presupuesto asignado para 2009.

2.3.1.2.3. Principado de Asturias

La reciente inestabilidad política del Principado de Asturias ha provocado la prórroga del presupuesto de 2011, que ya había sufrido una disminución del 5,38% respecto al presupuesto del ejercicio 2010.

El gobierno salido de las últimas elecciones ha puesto en marcha un plan de ajuste que contempla como medidas más significativas el ahorro en gasto farmacéutico derivado de la incentivación de la dispensación de genéricos y la potenciación de la central de compras. Junto con estas se propone también la reconfiguración del organigrama sanitario dejando una única gerencia para las ocho áreas sanitarias de que se compone el mapa sanitario de Asturias, junto con la reducción de la concertación y la racionalización y revisión de programas.

2.3.1.2.4. Baleares

Para Baleares no hay reducción de presupuesto respecto a 2011. A pesar de ello, el déficit presupuestario acumulado de ejercicios anteriores obliga a la toma de medidas extraordinarias dirigidas a la contención del mismo. Entre ellas destacan la desaparición de las Fundaciones (Manacor, Son Llatzer e Inca) y la desaparición de la empresa sociosanitaria Gestión Sanitaria de Mallorca (Gesma), incorporando las mismas a la gestión centralizada del Ibsalut.

Esta desaparición de las fundaciones y empresa pública supone una disminución de plazas de interinos. Junto con estas medidas se propone la reducción de las percepciones salariales correspondientes a la carrera profesional y desarrollo profesional para el personal fijo, suspendiéndose paralelamente varios acuerdos sindicales. Se plantea además la creación de una central de compras, la creación de un laboratorio único que dé cobertura a toda la población y también el alquiler de equipamiento e instalaciones públicas. La actividad en conciertos queda también afectada.

2.3.1.2.5. Canarias

Se plantea para el ejercicio 2012 una gestión presupuestaria continuista con las medidas tomadas para el ejercicio 2011: disminución de la oferta sanitaria y consecuentemente reducción de las contrataciones. Además se pretende establecer medidas que mejoren la facturación a terceros y dotar de mayor eficiencia al gasto farmacéutico.

2.3.1.2.6. Cantabria

Prácticamente se mantiene para el ejercicio 2012 un presupuesto similar al del año 2011. Se aplican medidas de optimización de recursos en las plantillas, disminución de contratación de interinos y sustituciones, no cobertura de jubilaciones, etc.

2.3.1.2.7. Cataluña

El gobierno nacionalista catalán es el que ha propuesto medidas de ajuste presupuestario que han tenido mayor trascendencia y repercusión social. El presupuesto para 2012 experimenta una significativa disminución, el segundo mayor después del de la Región de Murcia. Las medidas adoptadas afectan a todos los ámbitos de la asistencia. En concreto,

en Atención Primaria se producen cierres de centros poco eficientes y disminución de las camas de Atención Especializada, cierre de servicios y reducción de la actividad en quirófanos. También se toman medidas que afectan al conjunto de los trabajadores sanitarios, como reducción de sueldos, ceses de interinos y disminución de complementos.

2.3.1.2.8. Castilla y León

El presupuesto para el ejercicio 2011 se prorroga para el ejercicio 2012, manteniéndose por debajo de las cifras presupuestadas para el ejercicio 2010.

Se pone especial énfasis en cuanto a contención del gasto sanitario en el incremento de la jornada laboral y en la disminución importante de las contrataciones de interinos y de personal temporal. La previsión se cifra en unos 30.000 contratos menos para 2012.

2.3.1.2.9. Castilla-La Mancha

Es una de las comunidades más azotadas por el déficit presupuestario motivado por la excesiva proliferación de infraestructuras sanitarias. Para paliar este déficit y dotar de eficiencia al sistema se pretende utilizar mecanismos de colaboración público-privada para los centros hospitalarios de Almansa, Manzanares, Tomelloso y Villarrobledo. Además de incorporar mecanismos de colaboración público-privada para la gestión de infraestructuras y centros, se incide también en la gestión de recursos humanos, disminuyendo complementos retributivos y reduciendo la contratación de personal eventual.

Esta comunidad sigue la tónica de muchas otras comunidades de presupuestar por debajo de ejercicios anteriores (2009).

Debo destacar que junto con Madrid es una de las pocas comunidades en las que se está optando por tomar medidas valientes para garantizar la sostenibilidad del sistema mediante la potenciación de la colaboración público-privada.

2.3.1.2.10. Comunidad Valenciana

La Comunidad Valenciana asigna una menor dotación presupuestaria para el ejercicio 2012 que para el ejercicio 2009. Como el resto de comunidades, a través de una ley de medidas busca dotar de eficiencia

a su presupuesto. Se concretan en reducción de gasto en farmacia y reducción de gastos en recursos humanos, incidiendo en reorganización de recursos, disminución de plantillas, eliminación de complementos y ayudas sociales y control de horarios y del absentismo.

Al mismo tiempo, siendo una comunidad de referencia en materia de colaboración público-privada, se trabaja en la externalización de servicios no clínicos (seguridad, limpieza, lavandería) y en extender y trasladar el modelo a la gestión de centros de salud.

2.3.1.2.11. Extremadura

Las medidas de reducción del gasto sanitario del presupuesto para el ejercicio 2012 se centran básicamente en la mejora de la gestión de recursos humanos. La dotación inicial del presupuesto de 2011 y de 2012 es inferior a la del 2008.

2.3.1.2.12. Galicia

Los presupuestos asignados para 2011 y 2012 son inferiores a lo presupuestado inicialmente para 2008.

Como medida de contención del gasto, Galicia ha trabajado en la limitación de especialidades del catálogo farmacéutico. Además de estas medidas, plantea reducciones en las contrataciones y reducción de complementos y ayudas recibidas por el personal sanitario junto con reducción de camas y externalización de servicios clínicos.

2.3.1.2.13. Comunidad de Madrid

En un escenario de reducción presupuestaria, sorprendentemente la Comunidad de Madrid incrementa con respecto a 2011 su presupuesto de 2012 en casi medio punto porcentual. Las medidas propuestas de mejora de la gestión del presupuesto sanitario van dirigidas básicamente a un incremento de la jornada de trabajo junto con la reducción de contrataciones.

Se incrementa la colaboración público-privada en la gestión de los centros hospitalarios de Valdemoro, Torrejón, Móstoles y Villalba.

Cuando estaba finalizando la redacción de estas líneas, el gobierno de la Comunidad de Madrid ha anunciado la aplicación de un valiente y

ambicioso plan de reestructuración de los recursos públicos sanitarios de la comunidad que implica una mayor colaboración público-privada mediante, entre otras medidas, la transformación de seis hospitales que hasta ahora se gestionaban con el modelo PFI al modelo PPP, y la aplicación del modelo de gestión privado catalán en un 10% de los centros de primaria.

2.3.1.2.14. Región de Murcia

Después de un ejercicio 2011 en el que se produjo un incremento cercano a los 2 puntos porcentuales respecto al 2010, para el ejercicio 2012 se prevé una reducción del mismo.

El alto déficit acumulado obliga a esta comunidad a proponer como medidas de contención y ahorro la reducción de horarios de centros de atención sanitaria, reducción de derechos de los empleados públicos y la mejora en la gestión de productos, abogando por una centralización de las compras y por la creación de plataformas logísticas.

2.3.1.2.15. Comunidad Foral de Navarra

El presupuesto de esta comunidad es el que sufre una de las mayores contracciones, cercana a los seis puntos porcentuales.

Las medidas de mejora de la gestión ponen especial incidencia en la gestión de recursos humanos y en los ahorros en la gestión de los dispositivos clínicos (centros de especialidades, quirófanos...).

2.3.1.2.16. País Vasco

Los presupuestos asignados para los ejercicios 2011 y 2012 son netamente inferiores al presupuesto asignado para el ejercicio 2009.

Aunque esta comunidad manifiesta que no necesita realizar ajustes en su gasto sanitario, los hará igual que otras con incidencia en algunos derechos y ayudas sociales.

2.3.1.2.17. La Rioja

Para el ejercicio 2012 se ha establecido un presupuesto inferior al fijado cinco ejercicios atrás (2007). Las medidas que anuncia esta comunidad para moderar su gasto van dirigidas a la racionalización en recursos hu-

manos, a la reducción de camas y a la externalización de algunos servicios.

En las Tablas 2.3.17. y 2.3.18. y en la Figura 2.3.25. se puede observar la evolución de los presupuestos sanitarios por comunidades autónomas tanto a nivel global como referido a gasto per cápita.

Del análisis anterior debemos concluir que las medidas que se están tomando son las de reducción de plantillas y salarios, reducción de la colaboración público-privada, reducción del gasto farmacéutico y en algunos casos el aumento de impuestos vía copago, todas ellas medidas muy cortoplacistas; también que en muy pocos casos se han adoptado medidas para cambiar el modelo actual y que puedan asegurar que nuestros hijos podrán seguir disfrutando de una sanidad gratuita y universal.

2.3.2. La deuda sanitaria en el sistema público

La Administración sanitaria se ha caracterizado por estar continuamente inmersa en una situación de desfase entre los presupuestos aprobados y los presupuestos verdaderamente consumidos, lo que ha dado lugar a que se produzcan bolsas de deuda importantes que los distintos go-

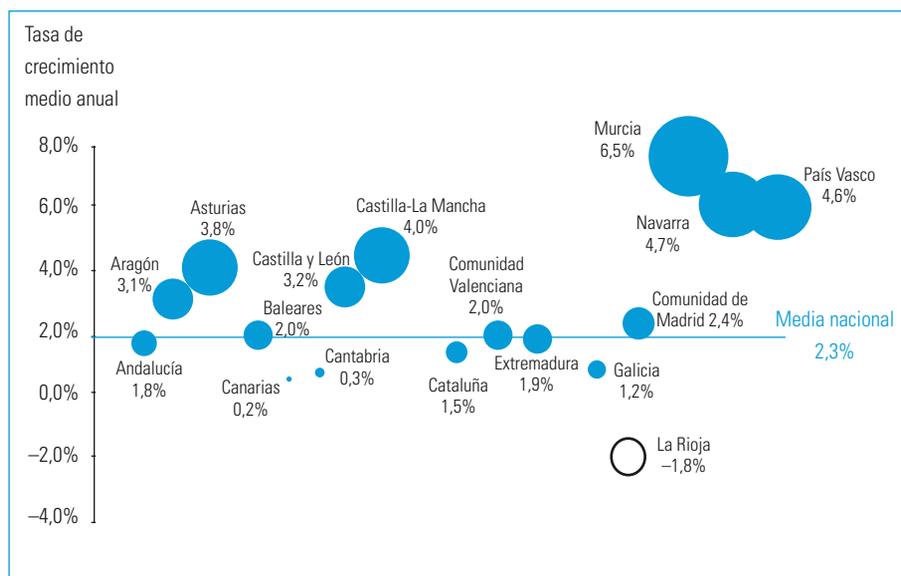


FIGURA 2.3.25. Crecimiento medio anual de los presupuestos sanitarios por CA.

Fuente: "Informe IDIS deuda pública con el sector sanitario privado".

Tabla 2.3.17. Presupuestos iniciales por CA en millones de € (2007-2011)

CA	2007	2008	07/08 %	2009	08/09%	2010	09/10%	2011	10/11%	07/11%
Andalucía	8.730,59	9.565,46	9,56%	9.826,54	2,73%	9.827,38	0,01%	9.379,09	-4,56%	7,43%
Aragón	1.635,88	1.746,82	6,78%	1.879,71	7,61%	1.907,63	1,49%	1.849,08	-3,07%	13,03%
Asturias	1.338,67	1.368,39	2,22%	1.558,99	13,93%	1.639,96	5,19%	1.551,69	-5,39%	15,91%
Islas Baleares	1.086,68	1.197,30	10,18%	1.257,53	5,03%	1.176,35	-6,46%	1.176,35	0,00%	8,25%
Canarias	2.522,35	2.803,52	11,15%	2.929,94	4,51%	2.857,01	-2,49%	2.540,92	-11,06%	0,74%
Cantabria	721,33	754,78	4,64%	793,57	5,14%	795,93	0,30%	729,75	-8,31%	1,17%
Cataluña	8.683,93	9.159,64	5,48%	9.426,20	2,91%	9.888,28	4,90%	9.200,86	-6,95%	5,95%
Castilla y León	3.048,02	3.333,44	9,36%	3.408,75	2,26%	3.518,64	3,22%	3.461,61	-1,62%	13,57%
Castilla-La Mancha	2.406,31	2.634,19	9,47%	2.852,56	8,29%	2.918,50	2,31%	2.814,10	-3,58%	16,95%
Comunidad Valenciana	5.089,96	5.455,61	7,18%	5.659,99	3,75%	5.720,26	1,06%	5.515,30	-3,58%	8,36%
Extremadura	1.459,77	1.599,92	9,60%	1.717,68	7,36%	1.664,31	-3,11%	1.572,09	-5,54%	7,69%
Galicia	3.388,13	3.639,00	7,40%	3.767,12	3,52%	3.728,31	-1,03%	3.547,32	-4,85%	4,70%
Madrid	6.500,45	6.953,82	6,97%	7.122,47	2,43%	7.081,23	-0,88%	7.134,38	0,75%	9,75%
Región de Murcia	1.571,20	1.765,53	12,37%	1.853,66	4,99%	1.984,83	7,08%	2.023,45	1,95%	26,78%
Comunidad Foral de Navarra	807,27	873,25	8,17%	906,94	3,86%	986,76	8,80%	971,93	-1,50%	20,40%
País Vasco	2.925,46	3.267,86	11,70%	3.546,44	8,52%	3.630,28	2,36%	3.506,23	-3,42%	19,85%
La Rioja	467,39	440,80	-5,69%	452,57	2,67%	411,99	-8,97%	434,33	5,42%	-7,07%
Total	52.383,39	56.559,33	7,97%	58.960,66	4,25%	59.737,65	1,32%	57.408,48	-3,90%	9,59%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 2.3.18. Gasto sanitario per cápita por CA (2007-2011)

CA	2007	2008	07/08 %	2009	08/09%	2010	09/10%	2011	10/11%	07/11%
Andalucía	1.145,59	1.231,34	7,49%	1.249,25	1,45%	1.238,72	-0,84%	1.175,14	-5,13%	2,58%
Aragón	1.334,81	1.390,73	4,19%	1.474,49	6,02%	1.495,80	1,45%	1.442,27	-3,58%	8,05%
Asturias	1.284,13	1.305,88	1,69%	1.480,35	13,36%	1.557,40	5,20%	1.478,16	-5,09%	15,11%
Islas Baleares	1.090,66	1.152,61	5,68%	1.184,66	2,78%	1.097,39	-7,37%	1.088,01	-0,85%	-0,24%
Canarias	1.298,79	1.406,64	8,30%	1.449,13	3,02%	1.404,26	-3,10%	1.242,63	-11,51%	-4,32%
Cantabria	1.307,97	1.345,22	2,85%	1.396,21	3,79%	1.391,71	-0,32%	1.270,47	-8,71%	-2,87%
Cataluña	1.232,06	1.271,86	3,23%	1.289,46	1,38%	1.346,11	4,39%	1.251,15	-7,05%	1,55%
Castilla y León	1.284,94	1.387,55	7,99%	1.414,90	1,97%	1.462,32	3,35%	1.441,38	-1,43%	12,17%
Castilla-La Mancha	1.272,83	1.345,98	5,75%	1.429,97	6,24%	1.449,56	1,37%	1.386,45	-4,35%	8,93%
Comunidad Valenciana	1.080,72	1.123,33	3,94%	1.150,57	2,42%	1.158,86	0,72%	1.113,70	-3,90%	3,05%
Extremadura	1.425,86	1.548,83	8,62%	1.655,22	6,87%	1.595,64	-3,60%	1.505,87	-5,63%	5,61%
Galicia	1.284,64	1.372,52	6,84%	1.414,42	3,05%	1.397,89	-1,17%	1.331,23	-4,77%	3,63%
Madrid	1.135,65	1.174,03	3,38%	1.178,75	0,40%	1.157,36	-1,81%	1.158,12	0,07%	1,98%
Región de Murcia	1.186,85	1.305,72	10,02%	1.348,29	3,26%	1.427,76	5,89%	1.445,30	1,23%	21,78%
Comunidad Foral de Navarra	1.362,64	1.438,36	5,56%	1.468,83	2,12%	1.582,36	7,73%	1.548,11	-2,16%	13,61%
País Vasco	1.392,86	1.543,52	10,82%	1.662,29	7,69%	1.696,64	2,07%	1.640,99	-3,28%	17,81%
La Rioja	1.576,58	1.444,89	-8,35%	1.463,77	1,31%	1.329,36	-9,18%	1.403,85	5,60%	-10,96%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

biernos han solventado mediante la incorporación de mecanismos extraordinarios de financiación y pago, poniendo en la reciente historia de nuestro sistema sanitario en varias ocasiones el “contador a cero”.

Sin embargo, la situación actual de grave crisis económica con el consiguiente descenso de los ingresos presupuestarios de las CC. AA. y la falta de liquidez de las mismas ha provocado que nuevamente nos encontremos en una situación límite de generación de deuda. Las entidades FENIN y Farmaindustria cifran el importe para finales de 2011 en 11.600 millones de euros (un 20,2% del presupuesto global de las CC. AA. para 2011). Esta es la cifra que el IDIS denomina “deuda visible” en su informe “Deuda pública con el sector sanitario privado”. En este citado informe se añade a este concepto uno nuevo, al que denomina “deuda no visible” y que lo estima en 4.100 millones de euros. Por tanto, la cifra que arroja la deuda sanitaria a finales de 2011 se estima en 15.700 millones de euros. Para establecer un orden de magnitud, esta deuda es por ejemplo 2,2 veces el presupuesto sanitario de la Comunidad de Madrid para 2011 o bien que cada español debía a 31 de diciembre de 2011 más de 335 € por deudas contraídas por el sistema sanitario. En todas estas cifras expuestas anteriormente no se toma en consideración la aplicación de la reciente Ley de Morosidad de 15/2010, que modifica la ley 3/2004, y que establece, entre otros principios, que la Administración debe abonar para el ejercicio 2011 las facturas en un plazo de 50 días, plazo que se reduce para 2013 a 30 días. Según cálculos realizados en el antes mencionado estudio, la cifra de intereses de demora anuales podría ascender a 930 millones de euros.

Para intentar paliar el efecto nocivo que supone para la “salud” del sistema y de la economía en general, el Gobierno de España mediante el Acuerdo 6/2012 del Consejo de Política Fiscal y Financiera fijó las líneas generales de un mecanismo extraordinario de financiación para el pago a los proveedores de las CC. AA. de la deuda pendiente a 1 de enero de 2012 (Figura 2.3.26. y Tabla 2.3.19.).

2.3.3. La necesidad de reformar el sistema

La breve radiografía del sistema que se acaba de exponer indica de forma clara y meridiana que la situación de nuestro sistema sanitario corre grave peligro si no se toman medidas urgentes que palien los défi-

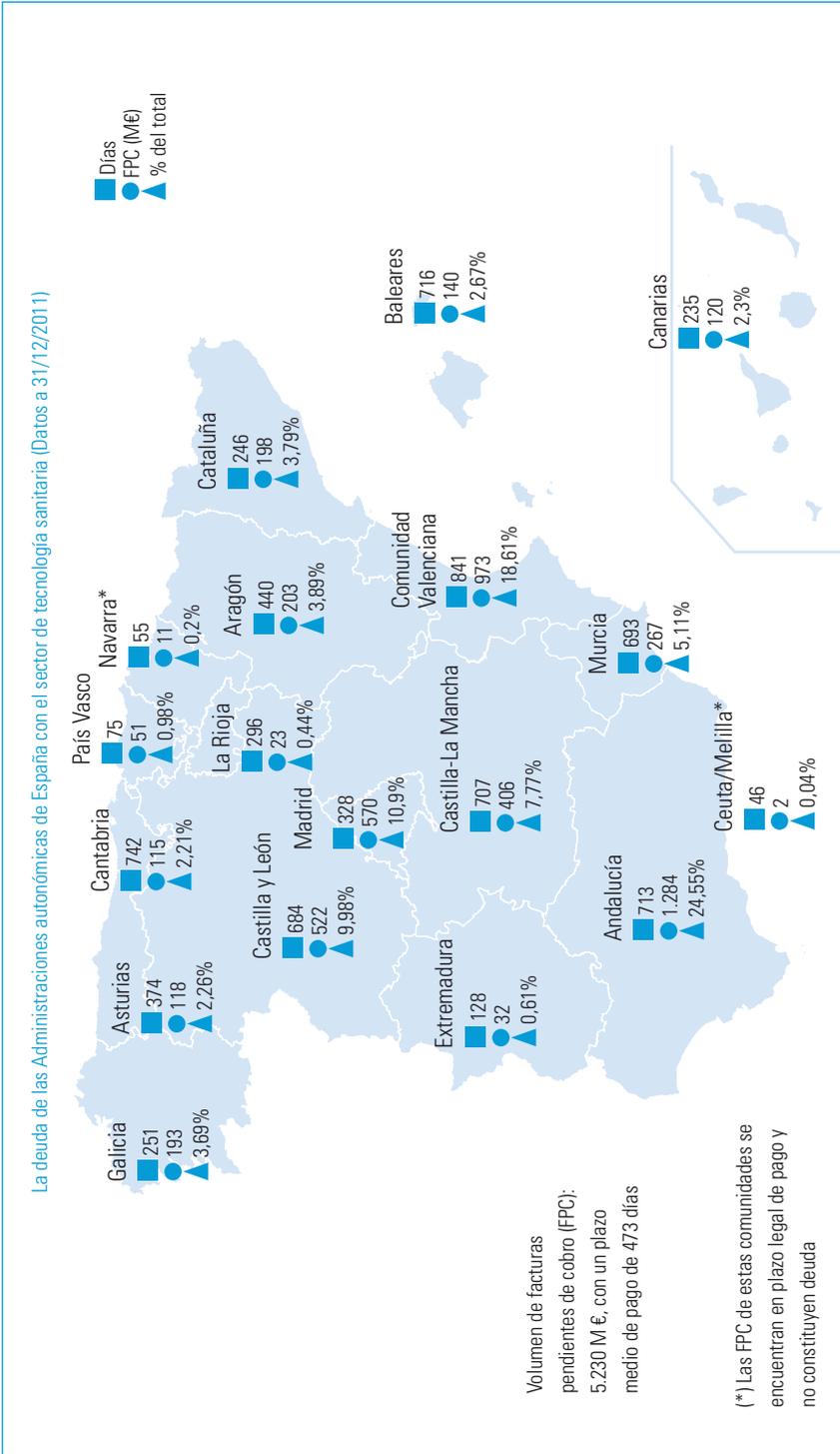


FIGURA 2.3.26. Deuda de las Administraciones con el sector de tecnología sanitaria.
Fuente: noticias Fenin marzo de 2012.

Tabla 2.3.19. Deuda por CA. Datos de Farmaindustria

S. Salud	2010	2011	Δ11 /10
Andalucía	1.069,5	1.523,7	42,5%
Aragón	121,1	202,6	67,2%
Asturias	115,1	153,6	33,5%
Baleares	158,9	216,3	36,1%
Castilla-La Mancha	216,0	408,2	89,0%
Castilla y León	463,1	573,4	23,8%
Canarias	95,8	120,9	26,1%
Cantabria	163,7	180,9	10,5%
Cataluña	233,5	252,3	8,1%
Ceuta y Melilla	0,4	0,8	74,4%
Comunidad Valenciana	818,5	1.292,5	57,9%
Extremadura	51,1	54,3	6,2%
Galicia	171,4	264,7	54,4%
La Rioja	30,8	46,6	51,4%
Madrid	640,1	762,3	19,1%
Murcia	254,2	265,1	4,3%
Navarra	29,6	14,4	-51,4%
País Vasco	52,1	37,0	-28,9%
Total SNS	4.684,8	6.369,3	36,0%

Fuente: estimaciones de Farmaindustria a partir de la Encuesta Deuda por SSHH 2010 y Encuesta Deuda 4.º trimestre de 2011.

cits estructurales y organizativos que viene padeciendo y que fueron ya anunciados en 1991 por el llamado “Informe Abril sobre evaluación del Sistema Nacional de Salud”. Así, en este informe en otras cosas se decía lo siguiente:

“El sistema público carece de una visión global y empresarial del servicio, coarta más allá de lo necesario la libertad de elección de los usuarios, falta de información al paciente...; un marco laboral estatutario obsoleto e incapaz de encauzar las relaciones del personal sanitario y de motivar a este; ausencia de estructuras y mecanismos de información, evaluación y análisis en el sector sanitario público y privado; responsabilidades gestoras diluidas o anuladas por el excesivo centralismo y rigidez del sis-

tema, así como una orientación del sistema alejada del empleo óptimo de los recursos humanos y materiales de gran cualificación”.

Salvo un proceso descentralizador y de transferencia a las CC. AA. y la creación de fundaciones y empresas públicas como instrumentos de gestión que pretendía dotar de flexibilidad al sistema así como la introducción, en algunas comunidades, de fórmulas basadas en la colaboración público-privada, poco se ha hecho durante estos últimos 20 años en aras a mejorar la eficiencia de los recursos destinados por las administraciones públicas a la gestión de los servicios sanitarios. Lo cual ha llevado al sistema a una situación límite que ha obligado al gobierno actual a tomar de manera rápida y casi a la desesperada algunas medidas que desde mi punto de vista son insuficientes. Medidas anunciadas en el Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, así como mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, por las cuales el Gobierno espera obtener un ahorro de 7.000 millones de euros.

El decreto fija la nueva aportación del ciudadano -incluidos los pensionistas- en el pago de los fármacos. Este “copago” será proporcional a la renta y se actualizará como máximo anualmente. Entre otros hechos, también, la norma sienta las bases para establecer una cartera de servicios común para todas las CC. AA., que será gratuita, mientras que se acordará una cartera suplementaria sujeta a “copago”.

2.4. EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA: UNA NUEVA VISIÓN

Como hemos visto en el capítulo anterior, estamos en las fases iniciales de una reforma del sistema que requiere acometer otras mucho más profundas que vayan dirigidas a garantizar que las futuras generaciones sigan disfrutando de un sistema de sanidad universal y gratuita; por ello y desde un punto de vista personal debemos trabajar para universalizar un modelo similar al modelo MUFACE.

Este debería ser el modelo que España tuviese en el año 2020, ya que como he dicho es imprescindible un cambio de escenario para asegurar que las nuevas generaciones de españoles puedan seguir disfrutando de un modelo sanitario universal y gratuito. Adicionalmente, desde mi punto de vista el modelo no solo debe ser universal y gratuito, sino que se debe dar un paso más en busca de lo mejor para el ciudadano, que sería la libre elección de centro y de profesional y la eficiencia del modelo; por ello, y tras analizar las diferentes formas de prestación de servicios y de colaboración público-privada que hemos visto en este documento, el modelo que cumple las cuatro anteriores premisas es el modelo MUFACE. Por ello creo sin lugar a dudas que el futuro de la sanidad española debe ligarse a la universalización de un modelo similar al MUFACE para todos los ciudadanos españoles. Este es el modelo que en mi opinión deberíamos tener en el año 2020, y para ello es imprescindible que veamos la crisis actual no como una amenaza sino como una oportunidad para realizar un cambio de modelo que nos garantice una sanidad universal y gratuita. Las razones sobre las que me baso para llegar a esta conclusión las expongo a continuación.

2.4.1. Coste del modelo

No es casualidad que lo primero que vayamos a analizar es el coste del nuevo modelo, ya que nuestra primera prioridad debe ser la sostenibilidad del sistema y para ello el coste es fundamental. Frente a las voces que aseguran que el coste actual del sistema sanitario público no es un problema y que este sistema es eficiente ya que el porcentaje de PIB que el país destina a sanidad es bajo frente a otros países del entorno, no puedo compartir esta afirmación, pues si bien el dato es cierto, debemos tener en cuenta que millones de ciudadanos españoles pagan de sus bolsillos una asistencia privada adicional, por lo que el análisis debe hacerse global incluyendo gasto público y privado, pues si estos españoles dejasen de sufragar sus necesidades sanitarias de manera privada, el gasto público se dispararía a niveles muy superiores a la media europea; hay que recordar una vez más que la eficiencia privada hace que el coste de dichos tratamientos sea como mínimo un 30% inferior.

Como puede verse en la Figura 2.4.27., España es el segundo país de nuestro entorno después de Suiza donde sus ciudadanos gastan porcentualmente más en sanidad privada frente al gasto total, lo que corrobora que el análisis del gasto en sanidad debe hacerse sobre el gasto total, es decir, gasto público y privado. Como puede verse en la Figura 2.4.28.,

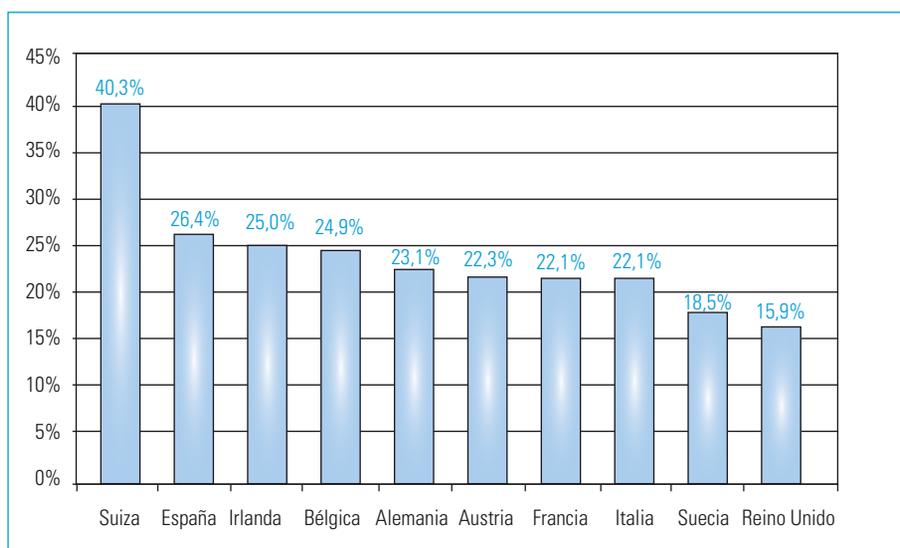


FIGURA 2.4.27. Gasto sanitario privado en relación al gasto sanitario total (2009).

Fuente: OCDE 2011.

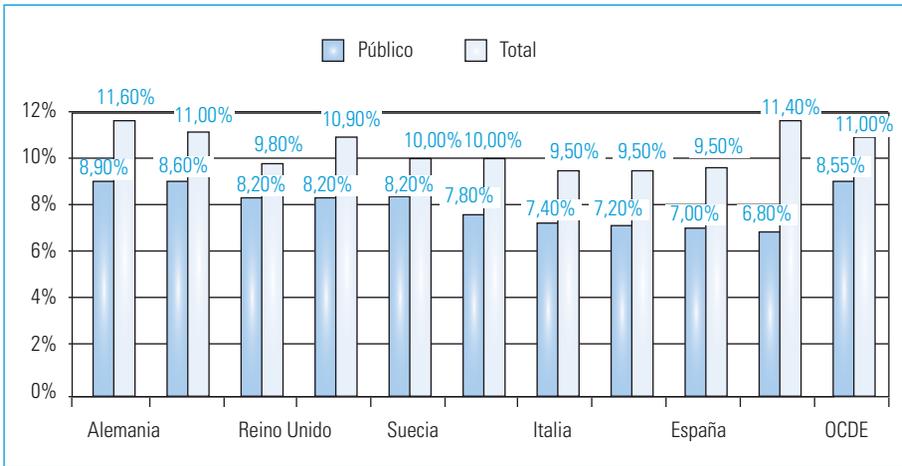


FIGURA 2.4.28. Gasto sanitario en relación con el PIB (2009).

Fuente: OCDE 2011.

si sumamos las dos partidas, pública y privada, el gasto total en sanidad es similar al de otros países.

Como puede verse, el gasto total en sanidad de España es similar al de Italia, Suecia, Reino Unido, Francia o Irlanda entre otros países.

Dicho lo anterior, y como hemos visto en los análisis previos, el coste por beneficiario del modelo MUFACE frente al modelo del Sistema Nacional de Salud (SNS) es un 35% inferior (Figura 2.4.29.); en el año 2009 un beneficiario de MUFACE costó 825,82 € frente al coste de un beneficiario del SNS, que fue de 1.279,95 €.

También es cierto que el sistema MUFACE está insuficientemente financiado, por lo que para el ejercicio de cálculo que vamos a realizar en este apartado vamos a trabajar con la hipótesis de una mejora del mismo en un 20%, mejora más que razonable y que debería ir acompañada de la obligada mejora del cuadro médico y hospitalario de las aseguradoras que participasen en el modelo, ya que en los últimos años ha habido una excesiva relajación por parte de la administración pública en la fijación de los criterios mínimos que deben cumplir los cuadros médicos de las aseguradoras al permitir una excesiva reducción de los mismos, lo que ataca directamente a la filosofía del sistema, que es la libre elección de centro y especialista.

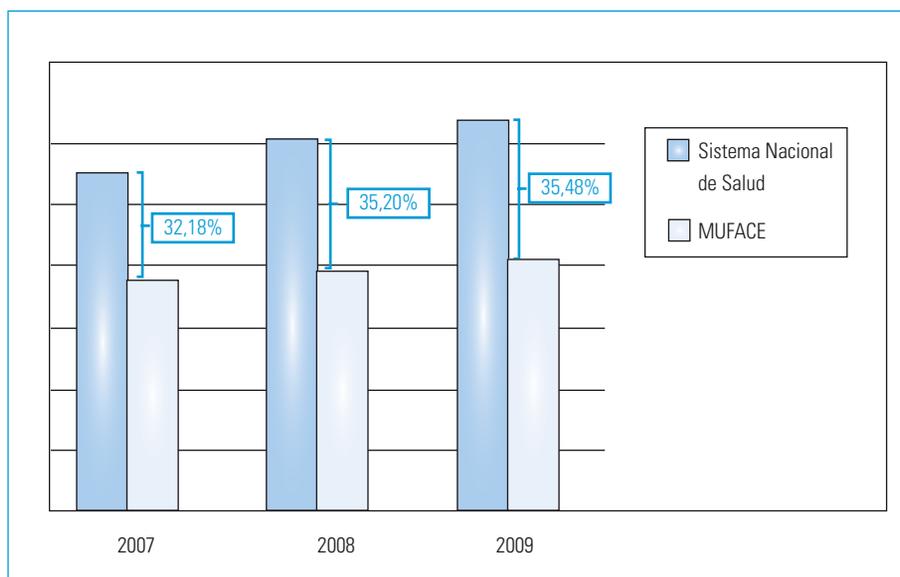


FIGURA 2.4.29. Comparativa del gasto sanitario en el modelo Sistema Nacional de Salud y en el modelo MUFACE.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del EGSP real 2009. Ministerio Sanidad y Consumo y memorias Muface.

Por ello y con el ajuste máximo del 20% anteriormente comentado, el ahorro final para la Administración derivado de la universalización del sistema MUFACE sería del 22,5% sobre el coste actual, lo que implicaría un ahorro total para el sistema público de 289 €/beneficiario, es decir, que aplicando el modelo sobre los 44 millones de españoles que en la actualidad se benefician del SNS el país se ahorraría aproximadamente 12.700 millones de euros, lo que sería un gran avance en el control del déficit público del país.

Del mismo modo cabe señalar que este proceso garantiza a la Administración la no generación de desviaciones presupuestarias en esta área, ya que cualquier desviación del gasto lo asume la aseguradora y no la Administración.

2.4.2. Libre elección y calidad de los servicios

Ante la aplicación de este modelo no serían pocas las voces que afirmarían de manera despectiva que la privatización del sector supondría el empeoramiento de la calidad del servicio. A este respecto propongo algunas reflexiones.

Desde mi punto de vista la calidad del servicio no la pueden definir unos pocos fundamentalistas del servicio público que son incapaces de valorar las grandes aportaciones que ofrecen los centros privados, sino que el mejor barómetro para definir la calidad de la sanidad privada frente a la sanidad pública la definen los propios beneficiarios y, en este sentido, las conclusiones son claras y poco discutibles cuando un 85% de los funcionarios que pueden elegir entre el SNS o el modelo MUFACE eligen el segundo, o cuando muchos millones de españoles, a pesar de que pueden disfrutar del SNS de manera gratuita, optan de manera voluntaria por el pago de un seguro privado de salud. Ante estos datos no cabe otra conclusión que la que la mayor parte de los usuarios españoles valoran la calidad y eficiencia del sistema privado y apuestan de manera decidida por el sistema sanitario privado frente al sistema público.

Otro argumento en contra del modelo sería que se perderían centros de referencia y que se reduciría la innovación e investigación dentro del sector sanitario. Ante esta argumentación también hay poderosos contraargumentos, tales como exponer el caso de los hospitales privados de Estados Unidos, los cuales sin ninguna duda son líderes en innovación. También se podría argumentar que en los últimos años ha habido un claro cambio de tendencia en los ensayos clínicos y que a día de hoy una gran parte de los mismos se realizan en centros privados.

2.4.3. ¿Cómo deberían adaptarse las CC. AA. a este cambio de modelo?

Si previamente al cambio de modelo las CC. AA. no reestructurasen sus centros sanitarios nos podríamos encontrar a corto plazo con un empeoramiento del déficit público; por ello deberían tomarse las medidas que expongo a continuación.

Las CC. AA. deberían privatizar sus hospitales públicos en el caso de que no fuesen lo suficientemente eficientes para competir en un mercado liberalizado; en este sentido, comunidades como la de Madrid y la de Castilla-La Mancha están iniciando procesos de privatización de algunos de sus centros. El nuevo modelo debería favorecer esta transición y por ello debería tener en cuenta que durante un periodo inicial de por ejemplo cinco años, las aseguradoras que optasen al modelo MUFACE deberían incluir obligatoriamente todos los hospitales que hubiesen pertenecido al sistema público a unos precios similares a los costes actuales del SNS.

Los hospitales públicos que no fuesen competitivos en libre mercado deberían privatizarse y sin ninguna duda habría empresas que estarían dispuestas a asumir al personal de dichos centros a cambio de la cesión en explotación del centro por un periodo mínimo de 25 años a un precio razonable, lo que también supondría un aumento de ingresos en concepto de concesión para la administración pública. En este sentido será importante seguir la evolución del proyecto de privatización que Castilla-La Mancha está desarrollando y que prevé una importante generación de ingresos por la venta de cuatro centros sanitarios públicos al sector privado.

En cuanto a los centros de salud, las CC. AA. deberían optar por la privatización de los mismos y desde mi punto de vista una de las mejores fórmulas podría ser el modelo EBA que ha aplicado Cataluña y que hemos analizado previamente. Como ya se ha comentado, la Comunidad de Madrid acaba de anunciar la aplicación de este modelo a un 10% de sus centros de Atención Primaria.

Por último, este cambio de modelo debería ir acompañado de una importante reducción de la estructura central de las diferentes Consejerías de Salud, si bien con este modelo se debería reforzar en buena medida la labor de inspección de la Administración Pública para asegurar la calidad asistencial de los centros tanto privados como públicos.

El ahorro estimado de la aplicación de estas medidas en las diferentes CC. AA. con los datos del año 2011 serían los que se reflejan en la Tabla 2.4.20.

A estos ahorros deben añadirse los costes de la estructura de las Consejerías que seguirían teniendo, al igual que otras políticas de prevención que las mismas quisieran desarrollar.

2.4.4. Gestión de los recursos humanos

La aplicación de dicha medida supondría sin ninguna duda un importante enfrentamiento con los sindicatos, que muy probablemente valorasen negativamente la futura pérdida de ciertos privilegios que en la actualidad siguen teniendo los trabajadores de la Administración Pública, aunque debo señalar que estos trabajadores ya han asumido importantes

Tabla 2.4.20. Ahorro estimado tras privatizar hospitales y centros de salud y reducir la estructura central de las consejerías

CA	Pres. 2011*	Nuevo coste	Ahorro	Ahorro %	Pres. 2011**	Ahorro total
Andalucía	1.175,14	990,984	184,16	15,7%	9.379.090.000	1.469.795.682
Aragón	1.442,27	990,984	451,29	31,3%	1.849.080.000	578.576.769
Asturias	1.478,16	990,984	487,18	33,0%	1.551.690.000	511.410.218
Islas Baleares	1.088,01	990,984	97,03	8,9%	1.176.350.000	104.903.939
Canarias	1.242,63	990,984	251,65	20,3%	2.540.920.000	514.563.751
Cantabria	1.270,47	990,984	279,49	22,0%	729.750.000	160.535.006
Cataluña	1.251,15	990,984	260,17	20,8%	9.200.860.000	1.913.240.573
Castilla y León	1.441,38	990,984	450,40	31,2%	3.461.610.000	1.081.668.469
Castilla-La Mancha	1.386,45	990,984	395,47	28,5%	2.814.100.000	802.683.739
Comunidad Valenciana	1.113,70	990,984	122,72	11,0%	5.515.300.000	607.718.016
Extremadura	1.505,87	990,984	514,89	34,2%	1.572.090.000	537.527.895
Galicia	1.331,23	990,984	340,25	25,6%	3.547.320.000	906.651.323
Madrid	1.158,12	990,984	167,14	14,4%	7.134.380.000	1.029.609.829
Región de Murcia	1.445,30	990,984	454,32	31,4%	2.023.450.000	636.051.830
Comunidad Foral de Navarra	1.548,11	990,984	557,13	36,0%	971.930.000	349.773.255
País Vasco	1.640,99	990,984	650,01	39,6%	3.506.230.000	1.388.838.773
La Rioja	1.403,85	990,984	412,87	29,4%	434.330.000	127.734.509
					57.408.480.000	12.721.283.577

*Presupuesto per cápita.

**Presupuesto total de la C. A.

Fuente: elaboración propia.

sacrificios en los últimos años como consecuencia de los ajustes que se han tenido que realizar.

Desde mi punto de vista, este cambio de modelo no debería suponer grandes sacrificios para los trabajadores de los centros públicos, ya que la Administración Pública debería asegurarse en la realización de las plicas para la concesión de los centros públicos que se decidiese privatizar que se preservasen los derechos de los trabajadores que se subrogasen, mientras por supuesto los nuevos trabajadores que se incorporasen con posterioridad a la privatización del centro junto con los trabajadores interinos deberían adaptarse al convenio colectivo privado. Además, el sector

privado ofrece a sus trabajadores una gestión más motivadora que incluye evaluación del desempeño, incentivos en función de resultados, promoción profesional y otros incentivos. En este sentido cabe destacar que el grado de satisfacción de los trabajadores que trabajan en empresas como Ribera Salud es muy bueno, como puede verse en la Figura 2.4.30.

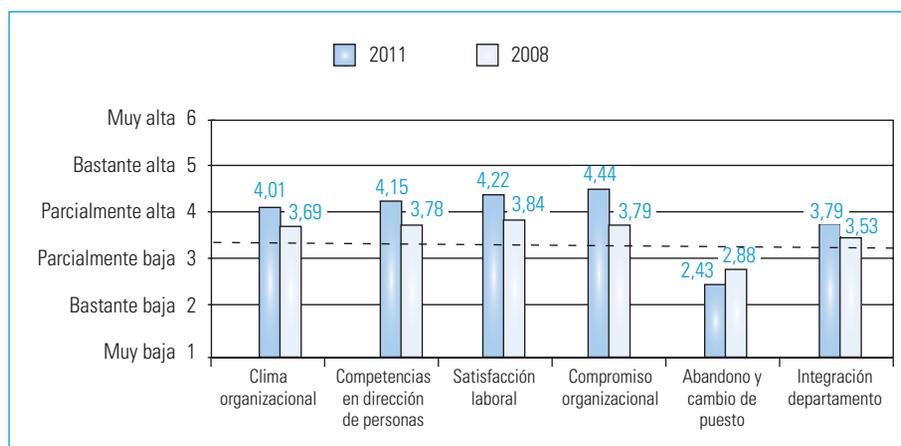


FIGURA 2.4.30. Gráfico del clima laboral en la empresa Ribera Salud.

Fuente: Ribera Salud.

2.4.5. Aplicación del modelo por CC. AA.

La aplicación del modelo tendría diferentes velocidades según la comunidad autónoma, ya que habría comunidades como Cataluña, Valencia o Madrid en las que la colaboración público-privada está muy desarrollada y donde su aplicación debería ser más fácil que en comunidades como la de las Islas Baleares donde la colaboración público-privada es prácticamente residual. Por ello vamos a analizar el impacto de la aplicación de un modelo MUFACE a las diferentes formas de colaboración público-privada que hemos analizado anteriormente.

2.4.5.1. Modelo PPP ("Modelo Alzira")

Los hospitales públicos de gestión 100% privada, como son los modelos PPP, no deberían experimentar ningún cambio en la gestión, de manera que la adaptación al nuevo modelo debería ser fácil de realizar. Por ello comunidades como Valencia o Madrid, donde dicho modelo está relativamente extendido, tendrían buena parte del camino recorrido.

Dicho lo anterior, el cambio de modelo supondría una modificación sustancial de las condiciones pactadas con el concesionario y, por tanto, se debería renegociar un nuevo acuerdo entre la Administración y el concesionario.

2.4.5.2. Modelo PFI

Los hospitales que operan bajo este modelo serían quizás los de más difícil encaje, ya que en el supuesto de que no fuesen competitivos en el nuevo escenario no se podría ofrecer al operador privado la opción de asumir el personal estatutario a cambio de no tener que realizar la inversión; por ello deberían estudiarse fórmulas tales como ampliar el periodo de concesión para el nuevo operador, o incluso que la Administración asumiese parte del déficit inicial, recolocase parte de la plantilla en otros centros que no fuesen a privatizarse (es lo que ha propuesto la Comunidad de Madrid) o que el inmueble perteneciese a la Administración. En todo caso, por supuesto se debería renegociar un nuevo acuerdo entre las partes implicadas.

2.4.5.3. Modelo catalán

Cataluña ha sido una Comunidad pionera en la colaboración público-privada: casi el 40% de las camas públicas son de titularidad privada benéfica como hemos visto anteriormente. Es cierto que estos centros privados benéficos no son tan eficientes como los privados con ánimo de lucro, ya que con el tiempo su modelo de gestión ha ido derivando hacia un modelo de gestión excesivamente similar al público; no obstante, la flexibilidad que aún conservan les debería facilitar una rápida adaptación al nuevo modelo. Por todo lo anterior, Cataluña podría ser una de las comunidades donde la adaptación fuese más fácil ya que ha recorrido buena parte del camino.

2.4.5.4. Hospitales concertados según el modelo tradicional

La adaptación de estos hospitales privados, tanto benéficos como no benéficos, debería ser muy rápida pues habitualmente estos centros se han gestionado desde un punto de vista profesional no politizado buscando la eficiencia en la gestión. De todos modos, el hecho de abrir el modelo y ofrecer la libre elección de centro al ciudadano haría que algunos de estos centros debieran realizar una amplia mejora de sus instalaciones para ser competitivos frente al resto de centros.

2.4.6. ¿Qué papel podrían desempeñar las mutuas laborales en el nuevo modelo?

Sin ninguna duda, las mutuas laborales podrían participar en el modelo compitiendo con las aseguradoras en el aseguramiento de los ciudadanos, y por su experiencia y su afán benéfico podrían ser un elemento esencial del modelo. Salvando las distancias, su papel podría ser similar al que realizan las cajas alemanas en su modelo.

2.4.7. Impacto del modelo en la competitividad de las empresas españolas

La aplicación de este modelo tendría un importante impacto positivo sobre la competitividad de las empresas que operasen en España, ya que se reduciría significativamente el periodo de baja de sus trabajadores pues el nuevo modelo reduciría significativamente las listas de espera, lo que supondría implícitamente una reducción de la duración de las bajas por enfermedad común.

2.4.8. Impacto sobre el sector privado sanitario

Este cambio de modelo supondría una revolución en la sanidad privada, ya que por una parte se produciría un gran aumento del mercado para los centros sanitarios privados, pero a la vez implicaría una mayor competencia, pues los hospitales públicos pasarían a competir con los hospitales privados. Sin duda la competencia es sana y a medio plazo esta competencia supondría un incremento en la calidad e innovación tanto de los centros privados como públicos, lo que beneficiaría al usuario de los mismos y por tanto a la sociedad en general.

Uno de los riesgos del modelo para los centros privados sería que este modelo probablemente implicaría una concentración del sector asegurador y, por tanto, una mayor descompensación en las relaciones entre centro sanitario y aseguradora; por ello la Administración Pública debería tomar medidas correctoras para evitar que esta concentración pudiese dar lugar a que los precios ofrecidos por las compañías aseguradoras a los centros sanitarios y a sus profesionales implicasen un descenso de la calidad asistencial. Por ello debería fijar un sistema de facturación y un nomenclátor común entre centros sanitarios y aseguradoras, al igual que unos precios mínimos para evitar que se produjera una merma de la calidad asistencial.

Por supuesto, habría centros sanitarios que no atenderían a pacientes del modelo y que optarían por atender a pacientes exclusivamente privados. Por ello, a pesar de que la aplicación de este sistema supondría sin duda una reducción significativa del paciente privado tradicional, este se mantendría y en consecuencia tanto aseguradoras como hospitales privados optarían por ofrecer productos dirigidos a la atención de estos colectivos.

2.4.9. Conclusiones

Apreciado lector, como ya has podido comprobar tras la lectura de lo anterior, personalmente soy un firme defensor de un modelo MUFACE suficientemente financiado y de que el sector privado no es parte del problema sino parte de la solución al grave problema de sostenibilidad que tiene el actual modelo sanitario español.

Como has podido observar a lo largo de estas páginas, he dedicado unas pocas a defender el nuevo modelo que creo que debemos adoptar y a explicar las consecuencias de su aplicación, y en las restantes he intentado trazar una radiografía, más o menos acertada, de la situación de la sanidad española y cómo hemos llegado a ella. Con ello he intentado no solo defender un modelo futuro en el que creo y con el que puedes estar o no de acuerdo, sino sobre todo darte las herramientas para que puedas defender un cambio de modelo que sin ninguna duda debemos acometer. Es obligación de los políticos actuales llevar a cabo un cambio significativo en el modelo actual sanitario para garantizar su sostenibilidad y, por ello, los ciudadanos debemos exigirles valentía y visión de futuro, ya que solo con recortes y/o aumentos de impuestos no lograremos que nuestros hijos puedan disfrutar de una sanidad gratuita y universal. Por ello he considerado conveniente intentar proporcionarte información y datos para que puedas defender el modelo sanitario que creas que necesitamos tener en el año 2020.

3

El marco de la Unión Europea y su influencia actual y potencial en nuestro Sistema Nacional de Salud

José M.^a Martín Moreno

Agradecimientos

*A Lydia Gorgojo y Meggan Harris por su apoyo técnico,
y al Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias
por haber facilitado el acceso a fuentes de datos claves
para este trabajo.*

3.1. INTRODUCCIÓN, CONTEXTO DE PARTIDA Y OBJETIVOS DE ESTE CAPÍTULO

Cuando se intenta articular una visión de presente y futuro para el Sistema Nacional de Salud en España, es esencial considerar el contexto de la Unión Europea (UE) en el que nos enmarcamos. La idea subyacente es llegar a comprender el papel de las instituciones europeas, el desarrollo de normativa comunitaria, y las prioridades en el marco del tratado de la Unión, así como las cuestiones transfronterizas entre los Estados miembros.

En un mundo ideal, sabríamos de entrada si hay o va a haber mecanismos de financiación coordinados desde la UE, catálogo de prestaciones sanitarias (cartera básica de servicios para ciudadanos europeos), tarjeta sanitaria única, y políticas cohesionadas de, por ejemplo, atención a crónicos, con estándares de calidad y movilidad de pacientes.

Sin embargo, el problema de partida es que el papel presente y potencial de la UE no está suficientemente claro o definido, especialmente en lo que a las cuestiones de salud se refiere. De hecho, la política sanitaria de la UE está hoy por hoy fragmentada y presenta lagunas de interpretación, legado de los orígenes fundamentalmente mercantiles de la UE, que recordemos surgió a partir de la denominada Comunidad Europea del Carbón y del Acero (1, 2). Y es que todo surgió inicialmente como comunidad económica, no social o política, y estábamos aún lejos del concepto de Unión.

Desde entonces, la UE ha avanzado de forma significativa y hoy ofrece un marco más amplio de principios y de armonización en fundamentos,

pero, en general, más allá del impacto en el propio sector sanitario, del debate en el contexto actual de crisis económica, algo emerge como evidente: que la verdadera armonización política, económica y social entre los Estados miembros sigue siendo una meta a la que se aspira, pero que hoy por hoy está lejos de ser algo concreto o tangible desde el punto de vista de los ciudadanos, y no sabemos hasta qué punto este objetivo puede llegar a cristalizar algún día de manera verdaderamente efectiva.

Así, la realidad presente nos ha mostrado, incluso en áreas que cuentan con más clara o mayor integración en el ámbito de la UE, tales como el área de la economía y el de la divisa única, cómo los intereses de ciertas naciones prevalecen frente a los europeos (irónicamente, a menudo en detrimento de ambas partes: Estados miembros constituyentes y la UE en su conjunto). Así, la relación entre la política general y sanitaria de cada Estado miembro y la UE es compleja (por utilizar un término suave) y está a menudo salpicada de obstáculos y “minas explosivas” de carácter político.

Esta realidad es también resultado de la tensión entre un tipo de Europa que podríamos denominar “socialdemócrata”, que ve en el proyecto europeo una oportunidad de promover valores “solidarios y progresistas” a través de políticas comunes y de integración cultural, y la Europa que podríamos denominar “liberal”, que cree que el progreso se mide primero en términos económicos y que el desarrollo social es necesariamente posterior al crecimiento del producto interior bruto (PIB). El primer grupo se refleja más en la retórica, mientras que el segundo impera actualmente con elementos pragmáticos de poder económico.

Sin embargo, para lograr una coherencia real entre instituciones, políticas y pueblos, se requiere una mayor participación y compromiso de la ciudadanía. Una UE realmente unida necesita que sus ciudadanos se identifiquen con su gobierno (aun reconociendo sus limitaciones), que se involucren en las decisiones y prioridades políticas y que sientan solidaridad en tiempos de crisis, y no solo en tiempos de bonanza. Esta Europa está al servicio del ciudadano y utiliza las ventajas inherentes a su tamaño, su diversidad y su riqueza para mejorar la vida de sus pueblos. Si no es así, de hecho, no vale la pena. En ese caso sería quizás más honesto y coherente abandonar el proyecto europeo por completo y volver sobre nuestros pasos.

Por su parte, este autor cree que la idea de una Europa unida y bien cohesionada plantea más ventajas que inconvenientes. Como médico, defensor de la libertad pero también de la solidaridad y la salud pública, cree en el potencial de Europa para el bienestar de sus ciudadanos, siempre y cuando su brújula fije como norte principios de ética y de bien social, lo que puede ser compatible con la sostenibilidad, el respeto a la individualidad y la creatividad de las personas, la libertad de mercado y el desarrollo económico. Pieza clave de esta visión es el garantizar las condiciones de base para la salud de las personas a través de sistemas sanitarios equitativos, accesibles y de calidad. Y utilizar la fuerza de la coherencia y la economía de escala para facilitar reglas de juego transparentes y servicios de mayor calidad con menor coste.

La visión humanista de Europa como lugar que vela por la salud y el bienestar de sus ciudadanos es compartida por una gran parte de sus habitantes; en el fondo es la fuente última de legitimidad de la UE. En una encuesta llevada a cabo por la Comisión en 2006, las principales prioridades que veían los ciudadanos eran notablemente sociales: la protección de los trabajadores, las pensiones y la protección de los más pobres, además de la armonización de las políticas sociales y la promoción de un sistema sanitario eficaz y universal (3). Estas opiniones perduran incluso en tiempos de crisis. En 2011, en pleno auge de la retórica de la austeridad y la necesidad de aplacar a los mercados, los ciudadanos de ocho Estados miembros volvieron a describir su concepción del bienestar: la “igualdad social” figuró como la primera prioridad, mientras que la sanidad accesible y universal fue lo más importante en el área de la salud, según la encuesta de opinión pública del Eurobarómetro (4, 5).

De forma complementaria, el “euroescepticismo” está arraigado precisamente en temores relacionados con perder privilegios, por un lado, y derechos sociales por otro. Así, en un amplio estudio cualitativo encargado en el 2001 por la Comisión Europea, y que examinó las actitudes y expectativas en países de la UE, destacaba la opinión mayoritaria entre los ciudadanos europeos de que el liberalismo económico no debería ir demasiado lejos, dada la percepción de que había que proteger servicios públicos esenciales (6). Esta percepción estaba especialmente extendida entre los países del sur.

El autor intentará compartir en estas líneas su experiencia en procesos europeos, incluyendo reglas de juego implícitas que no se encuentran en referencia bibliográfica alguna. A partir de ahí, se señalarán contradicciones y problemas, y se sugerirán posibles soluciones. Pero el autor reconoce de entrada que sobre esto último el futuro que se planteará en estas páginas es una visión subjetiva, desde un marco de incertidumbre, y no conlleva la certeza de que se cumplan las aseveraciones o sugerencias que se harán en la sección de conclusiones. La esperanza es que este “ejercicio de creatividad” contribuya al debate que necesariamente ha de llevarse a cabo de cara a nuestro futuro.

En definitiva, hemos de ser conscientes de que, aunque estemos lejos de lo que se considera ideal o incluso comprensible, es útil reflexionar para movernos en la dirección deseada. No se trata de hacer demagogia o imponer un modelo ideológico rígido, sino de comprender las reglas de juego internamente coherentes y apuntar a lo que los ciudadanos esperan de esto que llamamos UE.

En este capítulo se empezará por examinar brevemente los fundamentos de la UE para poder entender cómo se ha condicionado hasta ahora el planteamiento de la sanidad en nuestro marco europeo. Tras una descripción somera de las instituciones que ostentan el poder legislativo, ejecutivo y judicial (Parlamento, Consejo, Comisión...), y de poderes fácticos que influyen de manera especial en momentos de crisis financiera como el que estamos viviendo actualmente, se revisan instrumentos de “poder blando”, el papel de grupos y asociaciones claves en este terreno, las estrategias que se siguen para influir en las decisiones de la UE y sus correspondientes tensiones en el laberíntico entramado de instituciones, competencias y políticas que influyen en temas sanitarios.

A partir de ahí se revisarán las áreas que están bajo competencia de la UE, aquellas en las que los Estados miembros tienen todo el control, y asuntos en los que hay una delgada línea divisoria con amplios espacios de solapamiento e indefinición, alguno de los cuales tiene enorme importancia para los ciudadanos (como la movilidad de pacientes y de profesionales, y los estándares de seguridad y calidad de atención).

Para finalizar, y a partir de las pistas ofrecidas por todos los ingredientes anteriores, se bosquejarán posibles futuros y recomendaciones, en un esfuerzo de reflexión sobre qué necesitamos hacer para asegurarnos de que la Unión Europea (que en el periodo en que se escribe este capítulo acaba de recibir el premio Nobel de la Paz) “trabaje” con nosotros y para nosotros. El objetivo no será únicamente el de describir lo obvio y la evidencia que puede encontrarse en las múltiples referencias bibliográficas existentes, sino dar un paso más allá con un sentido sanamente crítico, introduciendo una visión futura, un futurible sobre lo que puede llegar a pasar o incluso lo que el autor piensa que debería pasar.

3.2. "ANATOMÍA" Y "FISIOLOGÍA" DE LOS ENGRANAJES ACTUALES DE TOMA DE DECISIONES EN LA UE

Permítaseme comenzar recordando algo de todos conocido. La Unión Europea (UE) es una organización económica y política actualmente formada por 27 países europeos con articulación política esencialmente democrática. España ingresó como Estado miembro pleno en 1985, y actualmente casi 500 millones de personas forman parte de esta Unión (7).

La historia de lo que hoy denominamos UE es apasionante (8), y aunque no es el objeto de este texto hacer una recopilación exhaustiva o entrar en muchos detalles, merece la pena revisar lo más básico para comprender de dónde partimos y qué podemos esperar.

El proyecto europeo se inició con el objetivo principal de lograr un mercado común para el desarrollo económico compartido, y solo la experiencia reveló que las preocupaciones sociales no podían ser ajenas a esa meta. En realidad, todo surgió a partir de los ideales de personas como Altiero Spinelli, federalista italiano, y Jean Monnet, promotor del plan Schuman, que inspiraron las dos principales corrientes de pensamiento que darían cuerpo al proceso de integración comunitaria. Por un lado, el proyecto federalista, basado en la relación de complementariedad entre los poderes municipales, regionales, nacionales y europeos. Y por otro, el proyecto funcionalista, basado en la progresiva delegación de parcelas de soberanía desde el ámbito nacional al comunitario. La idea era promover un poder europeo asentado en unas instituciones democráticas e independientes, capaces de regir los sectores en los que la acción común resulta más eficaz que la de los Estados por separado: el mercado interior, la divisa o moneda, la cohesión económica y social, la

dimensión laboral, la política exterior y de defensa y la creación de un espacio de libertad y seguridad.

Alemania y Francia habían estado históricamente compitiendo por liderar el continente, y era hora de unir fuerzas. Es en ese contexto cuando Jean Monnet propone a Robert Schuman (Ministro de Asuntos Exteriores francés) y a Konrad Adenauer (Canciller alemán) la creación de una dimensión común entre sus países: la gestión, bajo una autoridad independiente, del mercado del carbón y del acero. Así surgió, el 18 de abril de 1951, la anteriormente citada Comunidad Europea del Carbón y del Acero (1), en lo que sin duda subyace una enorme carga simbólica: con los materiales que sirvieron para las guerras mundiales que habían azotado al continente, se construirían los cimientos de la futura UE, que pretende ser el instrumento que las evite en el futuro.

Vemos que la salud no fue uno de los objetivos explícitos iniciales de la Comunidad Económica Europea (CEE). De hecho, el Tratado Europeo de 1957 no contemplaba ninguna referencia a la salud pública. De todos modos, siempre se podía recurrir a la denominada “cláusula de flexibilidad”, estipulación genérica que en realidad servía para cualquier tema y que afirmaba: “Cuando se necesita una acción comunitaria para alcanzar uno de los objetivos de la CEE, especialmente en el marco del mercado común, si el Tratado no proporciona el poder de acción requerido en este campo, el Consejo tomará las medidas necesarias, adoptando por unanimidad la propuesta de la Comisión tras haber consultado al Parlamento Europeo” (9). En cualquier caso, a partir de ahí hubo una evolución de sinergia y progresiva competencia europea sobre temas como la salud pública, progresión condicionada por el hecho de que el carácter intersectorial intrínseco en esta materia tiene fuertes conexiones con la economía, como se revisará con posterioridad en este capítulo. Así, las instituciones de la UE han prosperado durante años en el establecimiento de normas, estándares y prioridades en el terreno social, aunque a veces lo ha hecho a marchas forzadas a tenor de determinantes económicos.

Así, sabemos que los países de la UE comparten unas normas comunes en materia de agricultura, transportes, pesca, industria... Los ciudadanos de cualquier país comunitario pueden residir, estudiar o trabajar en cualquiera de los demás países de la Unión. También pueden votar y ser

candidatos en las elecciones municipales de los mismos y en las elecciones al Parlamento Europeo. Además, los países de la Unión Europea han adoptado diversas medidas conjuntas para proteger el medio ambiente, luchar contra la delincuencia y el terrorismo, defender la igualdad entre hombres y mujeres y proteger los derechos de los consumidores o la intimidad de sus datos personales. Sin embargo, y frente a la libre circulación de personas y de productos, no está tan clara para todos la libre circulación de pacientes (es decir, el derecho de un paciente a recibir atención médica -más allá de la estricta por razones de urgencia- en un Estado miembro de la Unión distinto al suyo de origen), ni que existan medidas suficientes para prevenir y controlar enfermedades y defender y promover la salud de los ciudadanos de la UE.

En otras palabras, y tal y como se describirá más adelante en este capítulo, existen ciertos mecanismos para el derecho de asistencia sanitaria al trasladarse a otro país de la UE, o para recibir tratamiento médico de urgencia en estancias breves y hasta ciertos tratamientos programados, pero más allá de lo anterior, los engranajes son difusos y desconocidos para la mayor parte de la población. Por este motivo, para muchos ciudadanos de países de la UE el valor añadido de esta Unión está en realidad aún por cristalizar.

Con todo ello no es exagerado afirmar que hay una sensación extendida de que existen temas en los que se regula en exceso (por ejemplo, los agricultores se quejan de la rigidez en la fijación de cuotas de producción...), y en otros faltan reglas de juego que garanticen los intereses más básicos de los ciudadanos. Parafraseando el refranero español, recordemos la frase: “Ni son todos los que están, ni están todos los que son”, pensamiento que hoy se aplica más allá del contexto de centro de internamiento psiquiátrico que originó el aserto, utilizándose de forma genérica para expresar un matizado desacuerdo con toda selección que nos parece sesgada o falta de coherencia en la aplicación de su método teniendo en cuenta los principios de los que parte. “Ni son todas las que están, ni están todas las que son” (o serían) es lo que muchos dicen al hablar de las regulaciones europeas. Cada vez más personas dicen que “Europa está, pero ya no es”. José Luis Sampedro afirma que “Europa está en coma, como así lo demuestra su apatía ante los grandes problemas” (10). Es evidente que el euroescepticismo ha llegado a contagiarse

a nuestra sociedad, y hace falta que Europa se levante con decisión si no quiere pasar a ser algo absolutamente fútil y decepcionante.

En definitiva, y partiendo de este contexto que explica la génesis de la UE y sus vectores de base, hemos de reconocer que si no hay una adaptación fundamentada en una visión a largo plazo, ello puede inducir al desánimo y conllevar un impacto perjudicial para los sistemas de salud en los Estados miembros, entre ellos España. Por tanto, vale la pena examinar el marco de partida, los mecanismos por los que la UE ejerce un poder sobre la política nacional, así como las influencias que dan forma a su acción. A partir de ahí, puede ser útil delinear tres categorías de las políticas de salud: las que están claramente sujetas a la legislación europea vinculante, incluyendo ámbitos en los que existen directivas y reglamentos; aquellas en las que los Estados miembros conservan de forma explícita soberanía plena; y, por último, las cuestiones que se caracterizan por un cierto grado de ambigüedad en relación con el papel que la UE podría desempeñar con relación a los Estados miembros.

Pero antes de eso deberemos comprender lo fundamental de las instituciones y grupos de interés, el hecho de que más allá del poder formal que da la posibilidad de elaborar leyes y reglamentos, hay uno de naturaleza más informal y que está constituido a través de mecanismos institucionalizados de participación, instrumentos de “poder blando” (“*soft power*”), además de mecanismos de presión a través de *lobbies* que conviene conocer. Revisemos, pues, aspectos básicos de los mecanismos formales e informales de poder, así como algo que es sin duda complejo pero no imposible de describir, al menos de forma básica: los entresijos funcionales sobre equilibrios de fuerzas y actores en juego.

Empecemos, pues, revisando “lo obvio”: qué sabemos de lo que hay hasta ahora. Solo así podremos sugerir qué podría pasar o qué debería pasar en un futuro próximo.

3.2.1. La división de poderes (legislativo, ejecutivo y judicial) en el ámbito institucional de la UE: Parlamento, Consejo, Comisión y Tribunal de Justicia

En esencia, el poder supone la capacidad, real o en potencia, para tomar decisiones e influir en otros. Fue Montesquieu quien en su obra

“Del espíritu de las leyes” enunció a mediados del siglo XVIII la teoría de la división de poderes, teniendo en mente el valor político supremo de la libertad y la necesidad de evitar los abusos de acumulación de poder (11). La separación de los poderes legislativo, ejecutivo y judicial, así como la existencia de frenos y contrapesos entre esos poderes, busca un equilibrio formal que garantice la libertad, y ese es el principio o dogma del constitucionalismo liberal. Los Estados miembros de la UE, y la propia UE articulan sus órganos de poder formal en los tres estratos de poder clásicos de los estados (legislativo, ejecutivo y judicial), tal y como se describirá a continuación.

El poder institucional se ejerce a través de órganos principales que se reparten los ámbitos legislativo, ejecutivo y judicial: el Parlamento, el Consejo Europeo, el Consejo de la Unión Europea, la Comisión, y el Tribunal de Justicia (12). En el fondo, nos estamos refiriendo al conjunto de instituciones que poseen la autoridad y potestad para establecer y supervisar las normas que regulan una sociedad, teniendo soberanía interna y externa sobre el territorio de la UE.

El Parlamento, cuyos 754 miembros son elegidos directamente por los ciudadanos de los Estados miembros, comparte la responsabilidad presupuestaria y legislativa con el Consejo de la UE. Así, las funciones principales del Parlamento Europeo (13) son las de debatir y aprobar la legislación de la UE y su presupuesto (junto con el Consejo). Además, somete a control a otras instituciones de la UE, en especial a la Comisión, para garantizar su funcionamiento democrático.

El Consejo Europeo (*European Council*) tiene una importancia trascendental y gran peso a la hora de dictar la agenda política de la UE, a pesar de lo cual no tiene competencias para aprobar legislación. En realidad, tiene una función doble: fijar el rumbo y las prioridades políticas generales de la UE y tratar las cuestiones complejas o sensibles que no puedan ser resueltas en el nivel inferior de la cooperación intergubernamental (14). Este Consejo reúne a los jefes de Estado o de gobierno de cada país de la UE, al presidente de la Comisión y al presidente del Consejo Europeo. Adicionalmente participa el Alto Representante para Asuntos Exteriores y Política de Seguridad.

Hay que distinguir estrictamente lo anterior de lo que es el denominado Consejo de la Unión Europea (*Council of the European Union*), foro donde se reúnen los ministros de los países de la UE para adoptar la legislación y coordinar políticas (15). Este Consejo está en realidad integrado por representantes ministeriales de los Estados miembros de conformidad con el tema en cuestión y, concretamente, los temas de salud son manejados por el grupo de ministros de las áreas de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (grupo conocido en inglés por las siglas EPSCO, dado que proviene del término “Ministers for Employment, Social Affairs, Health and Consumer Affairs”) (16).

Además, la presidencia del Consejo decide áreas prioritarias de trabajo durante su periodo de rotación, y tiene una dimensión legislativa (como una segunda cámara en codecisión con el Parlamento Europeo), y ejecutiva (interaccionando con la Comisión). En términos genéricos, hay que reseñar que el Consejo de la UE aprueba la legislación de la UE (debatendo y adoptando reglamentos, directivas, etc., en la mayoría de los casos en «codecisión» con el Parlamento Europeo), aprueba el presupuesto anual de la UE (de nuevo junto al Parlamento Europeo), coordina las diversas políticas económicas de los países de la UE, firma acuerdos entre la UE y otros países, desarrolla las políticas exterior y de defensa de la UE y coordina la cooperación entre los tribunales y las policías de los países miembros.

Por regla general, las decisiones del Consejo de la UE se adoptan por mayoría cualificada. Cuanto mayor es la población de un país, más votos tiene. Sin embargo, los votos están en realidad ponderados en favor de los países con menor población. Así, España cuenta actualmente con 27 votos (al igual que Polonia, y dos menos que Alemania, Francia, Italia y Reino Unido, cada uno de los cuales cuenta con 29 votos). En cualquier caso, y para dar idea de lo decisivo de la influencia española, hay que reseñar que a continuación en ese “*ranking* de votos en función de la población”, el siguiente país en la lista es Rumanía, que cuenta con un número de votos sensiblemente menor: 14. Holanda tiene 13 votos, y le siguen Bélgica, República Checa, Grecia, Hungría y Portugal, con 12 votos cada uno. Austria, Bulgaria y Suecia cuentan con 10 votos; Dinamarca, Irlanda, Lituania, Eslovaquia y Finlandia tienen 7 votos; Chipre, Estonia, Letonia, Luxemburgo y Eslovenia, 4 votos; y Malta solo 3

votos. Sumando todo lo anterior, hace un total de 345 votos en juego. Puede ser de interés conocer que en las votaciones del Consejo rige la “mayoría cualificada”, que en general se alcanza cuando una mayoría de los 27 países de la UE votan a favor. Pero eso es así siempre que se trate de votaciones de temas de naturaleza general, dado que en las votaciones relativas a temas sensibles, como seguridad, asuntos exteriores o impuestos, las decisiones del Consejo tienen que adoptarse por unanimidad. Esto significa que un solo país puede vetar una decisión.

En cuanto a la Comisión Europea, hay que decir que es la rama ejecutiva que representa y defiende los intereses del conjunto de la UE, supervisando, aplicando y haciendo cumplir las políticas de la UE (17). Esto es así porque propone nueva legislación al Parlamento y al Consejo; gestiona el presupuesto de la UE y asigna los fondos; supervisa y hace cumplir la legislación de la UE (junto con el Tribunal de Justicia); y representa a la UE en la escena internacional (por ejemplo, negociando acuerdos entre la UE y otros países).

La Comisión está formada por 27 comisarios (uno por cada Estado miembro). El presidente es elegido por el Consejo Europeo, que también designa a los demás comisarios de común acuerdo con el presidente nombrado, quien a su vez atribuye a cada comisario competencias en ámbitos de actuación específicos. El nombramiento de todos los comisarios, incluido el presidente, está sometido a la aprobación del Parlamento Europeo. En el desempeño de su cargo deben rendir cuentas al Parlamento, que es el único órgano que puede disolver la Comisión. Respecto al campo de interés en el tema objeto de este texto, está liderado por el Comisario de Salud y Política de Consumidores. Cada departamento o comisariado articula el trabajo del día a día a través de direcciones generales (DG) y servicios, y cabe citar en el ámbito del Departamento de Salud y Política de Consumidores la Dirección General de Sanidad y Consumidores (DG SANCO).

Hasta aquí se ha hecho una descripción sucinta de la “anatomía” o de los aspectos estructurales organizativos básicos del legislativo y del ejecutivo de la UE (dejamos el judicial para un poco más adelante). En cuanto a la “fisiología” o aspectos funcionales, la legislación europea se ha centrado más bien en evitar, contrarrestar o elimi-

nar disposiciones que dificulten el comercio interestatal, conjuntamente con la regulación de otras áreas para asegurar la igualdad de condiciones para los competidores económicos. Estos principios constituyen la base para la delimitación de competencias de la UE en la actividad económica, y cada vez más, en el terreno social. Un ejemplo de ello es la ley de competencia (18), que constituye la piedra angular de la política económica y que está teniendo un impacto paulatinamente creciente en las políticas de salud.

Por un lado, la ley de competencia de la UE prohíbe las “iniciativas” (llevadas a cabo por empresas, organizaciones, organismos u otras entidades que persigan beneficios a través del comercio) que conlleven participación en actividades anticompetitivas, como de acuerdo o fijación de precios. Sin embargo, lo anterior se aplica de acuerdo con los fundamentos mercantilistas de la UE, mientras las actividades públicas o de interés “social”, tales como la prestación de servicios sanitarios, se han excluido de dicha legislación. Eso es así al menos de forma directa, porque hay muchas dimensiones de la propia planificación e implementación de servicios sanitarios que están sujetas al paraguas normativo regulador de la competencia en el marco de los países de la UE.

Pues bien, en el contexto de la renuencia histórica de legislar sobre el sector sanitario, dejando sin definir múltiples materias relacionadas con la gestión de la atención a la salud, se ha ido imponiendo en ciertas facetas una suerte de derecho consuetudinario, con normas y veredictos jurídicos que se desprenden de hechos que se han producido repetidamente en el tiempo en el ámbito de la Unión. En términos institucionales, el principal órgano del poder judicial, que es el Tribunal de Justicia de la UE, ha tenido además el papel de cubrir las carencias legislativas, interpretando las leyes vigentes para decidir sobre cuestiones sanitarias que han sido llevadas ante el órgano jurisdiccional (19).

El Tribunal de Justicia de la UE es un organismo que primordialmente se encarga de la interpretación de la legislación europea y de garantizar su aplicación uniforme en los Estados miembros (20). Cuenta con un juez por cada país de la UE, y está asistido por ocho abogados generales, cuya labor consiste en presentar, con imparcialidad e independencia, dictámenes sobre los asuntos planteados al Tribunal. El mandato de los

jueces y de los abogados generales es de seis años con posibilidad de renovación. Son designados de común acuerdo por los gobiernos de los países miembros.

Dado el importante impacto que ha tenido el Tribunal de Justicia de la UE en temas sanitarios, su papel merece ser examinado a fondo. Como es bien sabido, el precedente judicial, derecho precedente o jurisprudencia, es una fuente formal de creación del Derecho. Consiste en que este se derive no de la ley aprobada por los órganos legislativos, sino de las soluciones que se adopten ante determinados casos, sobre todo los tribunales, y constituye una suerte de doctrina o un paradigma de potencial solución, al cual deben ajustarse en adelante todos o algunos otros órganos jurisdiccionales.

Concretamente, los casos paralelos de Kohl y de Decker (1998) consolidaron de forma explícita la jurisprudencia de base para que cualquier ciudadano europeo pueda reembolsarse los servicios médicos hospitalarios obtenidos fuera de las fronteras nacionales; el caso de Watts (2006) sentó un precedente que confirma que los pacientes que se enfrentan a una “demora indebida” en sus países de origen deberían recibir un reembolso por tratamiento en el extranjero; y la Comisión Europea frente a la República Francesa (2010) estableció que los pacientes que requieren el uso de “equipamiento o recursos médicos importantes” necesitan obtener autorización explícita antes de buscar los servicios reembolsables fuera de su país de origen (21).

A través de este impacto sobre cuestiones transfronterizas para la salud, el Tribunal de Justicia de la UE incluso ha catalizado la acción de la Comisión y el Parlamento en la creación de una directiva europea que regule específicamente estas actividades transfronterizas (*Directive on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare*) (22). Este tema se tratará más adelante en este capítulo de forma más elaborada, pero se menciona aquí como ejemplo para objetivar un resorte de poder europeo: incluso cuando los países prefieren mantener sus competencias soberanas, la maquinaria europea obliga a la acción normativa o reguladora. Esta acción, no obstante, no lidera el cambio, sino que trata de articular de forma ordenada (regular) los cambios que ya están ocurriendo.

Por último, concluamos este breve apartado (fácilmente ampliable a través de las referencias de la UE que citamos en el propio texto), comentando que los órganos (el Parlamento, el Consejo de la UE, la Comisión y el Tribunal de Justicia) son apoyados por los organismos especializados, que regulan áreas específicas, y por las plataformas y foros que reúnen a las diferentes partes interesadas para su consulta.

3.2.2. Otros poderes fácticos institucionales con particular influencia en el contexto de crisis financiera. El rol de la “troika”

La construcción de la UE y de la zona euro desde los Tratados de Maastricht de 1991 hasta la entrada en vigor del Tratado de Lisboa en 2010 ha estado presidida por una virtual “hoja de ruta” conformada por el objetivo básico de establecer un mercado europeo unificado.

Desde enero del 2010 el Tratado de Lisboa rige el marco institucional común para los 27 estados de la UE (23). Sin embargo, en los últimos meses el nuevo Tratado y las instituciones comunes han sufrido múltiples avatares y ajustes con el objeto de afrontar los problemas generados por la crisis económica bajo la iniciativa del Consejo y la Comisión, con un papel especial del Banco Central Europeo interaccionando con el Fondo Monetario Internacional. La verdad es que se han producido muchos zigzagueos e indecisiones, a pesar de compartir el objetivo de garantizar la salvación del sistema financiero en su conjunto inyectándole tanta liquidez como necesitaba, y evitando cargarle las malas consecuencias económicas de sus riesgos; se aducía que es demasiado grande para quebrar, y las instituciones públicas han asumido el grueso de las pérdidas financieras privadas.

Por otro lado, los Estados miembros europeos han sido obligados bajo fuertes presiones de los “mercados” financiero-corporativos a reducir el elevado endeudamiento adquirido como un efecto de las intervenciones para salvarlos, para lo cual han sido constreñidos a retirar los estímulos a la economía y contraer su gasto social para sus respectivas ciudadanías. Tres países han sido hasta ahora formalmente intervenidos (Grecia, Irlanda y Portugal), y España está en plena amenaza ante la elevada prima de riesgo y las presiones de los mercados.

La “troika” (constituida por el Fondo Monetario Internacional, la Comisión Europea y el Banco Central Europeo) ha constituido así un poder institu-

cional fáctico, jugando un papel decisivo con cierta autonomía respecto al Consejo y al Parlamento. En realidad, el propio Banco Central Europeo ha estado a su vez muy condicionado por el *Deutsche Bundesbank* (el banco central de Alemania), como fuerza económica determinante. En ese contexto, la “troika” ha aplicado inicialmente y de forma sistemática un recetario similar a todos los países rescatados: menos gasto público, más impuestos y reformas estructurales más profundas.

En todos los casos, se ha establecido un memorándum, una especie de contrato, que el país receptor de la ayuda debe comprometerse a cumplir en un plazo determinado (24). Las condiciones exigidas se centran, básicamente, en tres objetivos: reducir el gasto y subir los impuestos para tratar de reducir el déficit y frenar el crecimiento de la deuda pública, así como significativas reformas estructurales para tratar de mejorar la competitividad de la economía y potenciar así el crecimiento. El sistema sanitario no se ha librado de estas condiciones. En el caso de Grecia, la situación ha llegado a límites extremos, con dos ajustes sucesivos (25); las medidas exigidas han sido muy impopulares y, por tanto, han supuesto un elevado coste político.

Diferentes estudios han empezado a poner de manifiesto las consecuencias sociales de esta situación de depresión económica (26), y de las medidas adoptadas sin cohesión interna (27), y con graves consecuencias desde el punto de vista de indicadores de la salud pública (28). De hecho, el Fondo Monetario Internacional, en su reunión de octubre de 2012 en Tokio, ha introducido un cambio en su discurso de restricciones y austeridad, abogando por un ajuste más suave para asegurar una base de recuperación. La clave de la argumentación del Fondo es que el ajuste fiscal, al combinarse con la congelación del crédito, tiene un efecto más grave sobre la economía de lo que había estimado antes de la crisis. Es lo que se llama el multiplicador fiscal: en la economía de un país es posible identificar cuánto cambia el consumo y la inversión por cada euro que varía el gasto público. Eso se debe a que, al cortar ese gasto, hay personas que dejan de recibir ese dinero y, por tanto, dejan de comprar e invertir. Esto, a su vez, afecta a quienes le venden productos a esa persona. Y así sucesivamente. Hasta ahora, se estimaba que el multiplicador fiscal estaba entre 0,4 y 1,2 (un recorte de, por ejemplo, 1.000 euros en gasto público implicaba una reducción del PIB de entre 400 y 1.200 euros), pero ahora

el Fondo ha calculado que el multiplicador fiscal realmente está entre 0,9 y 1,7. O sea, que por cada 1.000 euros de recorte del gasto público, el PIB se reduce entre 900 y 1.700 euros más. Eso ha hecho que se pida adaptar el tipo y ritmo de las reformas fiscales a cada país, de manera que se han propuesto diferentes modelos fiscales combinados con políticas de crecimiento poniendo especial atención al sector salud (29).

El caso es que el sistema de salud es un componente muy importante del sistema de protección social en todos los países. Este sector también tiene que contribuir sustancialmente a la consolidación fiscal, dada la gran proporción del presupuesto público dedicado a la salud. En nuestro caso, el Sistema Nacional de Salud (SNS) debe examinar cualquier medida que se vaya a tomar. La idea es valorar el impacto, no solo financiero sino también en salud, teniendo siempre en cuenta la experiencia acumulada en el SNS, que no deja de ser un sistema de salud descentralizado en constante flujo (30). Parece que todos compartimos la idea de que es necesario mejorar la eficiencia del sistema, fortalecer la adecuada monitorización de información operativa y asegurar la protección de grupos vulnerables. La Asociación de Economía de la Salud y otros grupos han propuesto una serie de recomendaciones para mejorar la eficiencia y calidad del sistema y asegurar su sostenibilidad (31, 32). En cualquier caso, no es objeto de este capítulo entrar a debatir ideas o alternativas al respecto, pero sí considero pertinente expresar la opinión de que la aplicación de copagos, potencial revisión de población bajo cobertura, reducción del gasto farmacéutico y actualización de carteras de servicios, son medidas que no deben llevarse a la práctica de forma precipitada y sin rigor. Es imprescindible el análisis concienzudo que valore pros y contras, y es esencial lograr el mayor consenso y cohesión en la toma de decisiones.

3.2.3. Instrumentos adicionales de “poder blando” (“*soft power*”) utilizados desde los órganos institucionales

Existen dos formas de diálogo entre la UE y los grupos de interés: mediante contactos directos sin una base estructurada, y a través de comités consultivos y grupos de expertos que asisten a la UE en el ejercicio de sus competencias. En este apartado nos referiremos a esto último, que en realidad es un aspecto complementario fundamental para comprender un vector de poder europeo que proviene de la influencias generadas a través de subvenciones, proyectos, foros de debate (*policy dialogues*)

y otros instrumentos orientados por las prioridades políticas. Esta “cara amable” de la UE, con su compromiso “europeo” que incluye valores de solidaridad, participación y excelencia, tiene un papel importante en la creación de capacidades entre los grupos de interés (incluyendo representaciones de Estados miembros para temas específicos, así como organizaciones no gubernamentales [ONG], que pueden abarcar asociaciones de pacientes, plataformas ciudadanas, sociedades científicas e investigadores y otros grupos orientados por temas). Estas influencias ayudan a dar forma a las agendas políticas nacionales mediante el establecimiento de prioridades para la UE en su conjunto, el apoyo a estudios sobre las posibles disparidades entre los Estados miembros y poner el énfasis en mejores prácticas.

Así, la puesta en práctica de tácticas de poder “blando” se articulan en Europa fundamentalmente a través de foros de diálogo sobre políticas y plataformas para intercambiar perspectivas, compartir experiencias, comparar los resultados y llegar a un acuerdo sobre los objetivos generales de la región. Estas iniciativas buscan influir en la política, poniendo de relieve áreas específicas para la acción, y proporcionar orientaciones a seguir por parte de los Estados miembros. Por ejemplo, la Asociación Europea de Acción contra el Cáncer (EPAAC) ha reunido a cientos de expertos en cáncer de Estados miembros, sociedades científicas y profesionales, asociaciones de pacientes, representantes de la industria y otros grupos de interés, con objeto de analizar las políticas de control de la enfermedad en Europa y proponer políticas que puedan adoptar los Estados miembros (33).

Los ámbitos políticos son decididos por representantes de los Estados miembros, dando prioridad a las cuestiones que son importantes para la mayoría o para todos los países de la UE. Estas iniciativas pueden servir de plataforma para poner de relieve los programas nacionales pendientes (por ejemplo, la Organización Nacional de Trasplantes de España ha servido de ejemplo en repetidas ocasiones para otros Estados miembros) (34), o, por el contrario, para alentar a los países a la acción cuando se revelan indicadores negativos. Por ejemplo, a finales de 1990, las autoridades holandesas se vieron impulsadas a la acción cuando las altas tasas de mortalidad perinatal se dieron a conocer a través de un estudio comparativo europeo (35).

Así, las iniciativas europeas de este tipo pueden llegar a los expertos y, lo que es más importante, a las autoridades que toman las decisiones políticas, ofreciendo formas mediante las que se articule la traslación de conocimiento que ayuden a transferir las mejores prácticas y políticas innovadoras para otras regiones y países de la UE. Los Estados miembros no pueden ser obligados a actuar, pero se ven persuadidos a reflexionar, y esta actividad de por sí ofrece la oportunidad de centrar la atención y potencialmente resolver un tema determinado.

El propio Parlamento Europeo dispone de un programa de valoración de opciones científicas y técnicas (*Science and Technology Options Assessment*) (36). A través de este programa se encargan estudios de equipos científicos independientes para arrojar luz y valorar opciones (cada una de ellas con sus “pros y contras”) ante temas candentes y con repercusión social que en opinión de los europarlamentarios necesitan una revisión sistemática de partida. El autor de este capítulo ha dirigido dos proyectos de esta oficina ante la demanda de regulación de ámbitos tales como los implantes de silicona (37) y los cuidados paliativos (38). Este tipo de informes no proponen soluciones prescriptivas, sino un rango de opciones de posibles actuaciones basadas en la evidencia, presentándose “pros y contras” para cada alternativa, y lógicamente dejando el proceso de decisión para el propio debate del Parlamento Europeo y del Consejo.

Por último, y dado que la UE aspira a utilizar la influencia financiera y persuasiva para dar forma a políticas y programas nacionales coherentes con sus estrategias (por ejemplo, para el desarrollo de la Estrategia Europea de Salud) (39), sin necesidad de utilizar su poder legislativo-normativo, es fácil intuir que el echar mano de la cartera de fondos persuasivos tiende a ser una convincente táctica de influencia. Esto se hace a través de los procedimientos de financiación de acciones prioritarias. A diferencia de las dificultades que surgen a la hora de formular legislación comunitaria en materia sanitaria (conflictos de intereses entre los Estados miembros, reticencia a ceder soberanía, influencia de los *lobbies* y de las industrias...), gobiernos, ONG, defensores de la salud, sociedades profesionales y asociaciones de pacientes suelen dar la bienvenida a la provisión de fondos para las áreas prioritarias, por lo que estos sistemas de financiación constituyen una manera visible y bien acogida para poner el sello o la impronta de la UE en los programas nacionales.

El mejor ejemplo de esto es tal vez la denominada Estrategia Europea de Salud (el programa vigente se extiende desde 2008 a 2013) (39), que se presentó como una búsqueda de la mejora de la salud de los ciudadanos, principalmente mediante el apoyo a los programas de salud en los Estados miembros. Con un presupuesto de más de 320 millones de euros, proporciona medios para llevar a cabo proyectos de cooperación con un valor añadido europeo. Otro buen ejemplo de influencia persuasiva es el Séptimo Programa Marco, cuyo objetivo es “promover la excelencia e incrementar el conocimiento y la competitividad europeas”. Si bien no se dedica exclusivamente a temas de salud, más de seis mil millones de euros (de un total de cincuenta mil millones) están presupuestados en esta área desde 2007 a 2013 (40). Las tres áreas declaradas prioritarias son la biotecnología y la medicina, la investigación traslacional y la investigación del sistema de salud, lo que abre posibilidades prometedoras para los investigadores europeos en estas áreas y, lo que es más importante, para los ciudadanos, dado que genera posibilidades de encontrar respuestas a problemas de salud para los que hoy por hoy no conocemos soluciones eficaces, y para los que solo podremos avanzar a través de la investigación.

Todo lo anterior ayuda al “poder blando”, de una manera práctica, a conciliar las posibles divergencias entre el programa legislativo principal y la agenda política (económica) y los objetivos y los valores establecidos en los sucesivos tratados europeos y los documentos, incluida la Carta de los Derechos Fundamentales (parte del Tratado de Lisboa) (41). De hecho, dado que la participación ciudadana en la Unión Europea sigue siendo baja en muchos países (en España, la participación en las elecciones al Parlamento Europeo de 2009 supuso un récord a la baja y fue de un 44,9%, frente al 75,7% registrado en las elecciones parlamentarias nacionales del 2008), estas iniciativas son esenciales en orden a la promoción de las cuestiones sociales, incluidas las relacionadas con la salud.

3.2.4. Organizaciones no gubernamentales y grupos de interés con capacidad para influir en la toma de decisiones de la UE. El papel creciente de los *lobbies*

En apartados anteriores revisamos las instituciones que poseen la autoridad y potestad legítima para generar y hacer cumplir las normas que

regulan formalmente nuestra convivencia en el marco de la UE. Además, y tal y como ocurre en todos y cada uno de los Estados miembros de la Unión, existen organizaciones empresariales, culturales, profesionales, de pacientes y, en general ONG, que en realidad son entidades de carácter social o civil (que articulan “El derecho y la disposición de participar en una comunidad, a través de la acción autorregulada, inclusiva, pacífica y responsable, con el objetivo de optimizar el bienestar público”), con diferentes fines integrantes, creadas independientemente de los gobiernos (sean municipales, regionales, nacionales, europeos, así como también de organismos internacionales). Jurídicamente adoptan diferentes estatus, tales como asociaciones, fundaciones, corporaciones y otros, y en el mundo de la salud incluyen asociaciones de pacientes, plataformas ciudadanas, sociedades científicas e investigadores, además de grupos empresariales, sindicales y otros grupos orientados por temas, teniendo gran influencia persuasiva (al menos potencial) en los desarrollos legislativos que condicionan nuestro marco de convivencia (42).

Especial mención merecen las asociaciones de pacientes, que en este campo de la sanidad han hecho aportaciones al desarrollo de una perspectiva antes no reconocida, al identificar las necesidades y derechos de las personas que sufren directamente los problemas, tomando parte activa en la solución mediante tareas de información, apoyo y reivindicación. Este tipo de asociaciones son parte constituyente de un movimiento más extenso, reflejo del cual surge la proliferación de grupos de ayuda mutua, así como por la reivindicación creciente de los usuarios o los consumidores en favor de un protagonismo participativo más activo en la concepción de los servicios que les están destinados. Dichas asociaciones han llegado a afirmar el papel irremplazable y, en algunos casos, prioritario, de los pacientes en la lucha contra su enfermedad, y han reclamado de forma asertiva que no debe haber nada acerca de los pacientes que se haga sin los pacientes. También son asertivas con liderazgo positivo en cuanto a lo que esperan de la UE y de la atención sanitaria en los Estados miembros (43). Esto se ha manifestado en el compromiso cada vez más activo de algunas asociaciones no solo en la atención y cuidados, sino también en el campo de la investigación (44).

Complementariamente a lo anterior, y reconociendo que en ocasiones no existen movimientos ciudadanos o de la sociedad civil articulados

como tales, en ocasiones ese papel activo lo asumen profesionales especializados que actúan como intermediarios o portavoces de actores que tienen intereses en la formulación de la legislación de la UE en forma de “grupos de presión” (*lobbies*). Estos pueden representar a muy diversos protagonistas, desde la industria de un campo concreto a sociedades profesionales o incluso a las propias esferas de gobiernos nacionales con intereses en algún desarrollo normativo concreto que les favorezca. Y es que los *lobbies* vienen a definirse como colectivos con intereses comunes que realizan acciones dirigidas a influir ante la Administración Pública para promover decisiones favorables a los intereses de ese sector concreto de la sociedad.

Estos grupos pueden perseguir en ocasiones objetivos que están en consonancia con el carácter regulador de la política comunitaria en su conjunto (es decir, la promoción de la libertad de circulación de bienes y servicios), pero al mismo tiempo contrario a los objetivos sociales y de salud pública. Por ejemplo, las industrias de alcohol, tabaco y alimentos buscan sobre todo un mayor mercado europeo para sus productos, y por tanto el curso natural de sus productos en la legislación de la UE es una mayor libertad para entrar en nuevos mercados. Sin embargo, esto puede entrar en colisión con los preceptos de la salud pública (que requiere habitualmente más regulación, no menos) y en ocasiones por las leyes nacionales, como los estrictos controles nórdicos sobre la venta de alcohol. Hay otros *lobbies* que defienden la protección de la salud por encima de cualquier otro interés, y el conjunto de vectores a veces genera debates de gran interés, todo lo cual tiene sin duda implicaciones que serán gradualmente crecientes en el sector salud.

Sea como fuere, hay que subrayar que la connotación negativa que quedaba subyacente al referirse a estos grupos ha ido cambiando, y lo cierto es que estos movimientos tienen amplia tradición en Estados Unidos desde hace años, país donde su práctica ha sido entendida como una colaboración necesaria entre la sociedad y los poderes públicos para el ejercicio eficaz de la política. En Europa los “grupos de interés” o *lobbies* han ido teniendo paulatinamente un mayor papel, y en los últimos años se han realizado avances en su regulación, lo que se supone contribuye a su transparencia (45-47) y normalización. De hecho, en los documentos de la UE se utilizan indistintamente los

términos “grupos de interés” (*stakeholders*), “grupos de presión” o *lobbies*, y aunque no existen datos precisos fiables sobre estos, se estima que más de 2.600 grupos operan en la capital comunitaria, y se sabe que el registro del Parlamento Europeo cuenta con al menos 5.000 profesionales dedicados a esta actividad (48).

3.2.5. Experiencia práctica sobre tácticas de los grupos de interés para influir en las decisiones de la UE

Para poder conducirse en el intrincado mundo de influencias desde la perspectiva de representantes del SNS de España o desde un ángulo de salud en el marco normativo europeo, es importante comprender los procedimientos legislativos globalmente, además de los intereses de cada grupo que participan en el proceso y las estrategias diferenciadas que puedan llevar una propuesta a buen puerto.

Más arriba hemos indicado cuáles son los actores principales del motor legislativo y normativo: la Comisión, el Parlamento y el Consejo de la Unión Europea. Sus papeles específicos en la formulación de las leyes y directivas europeas están plasmados en los tratados sucesivamente vigentes, incluidos los de Maastricht, Ámsterdam, Niza y el actual de Lisboa (23).

El procedimiento de génesis legislativa ordinaria (el más común y el más relevante en cuanto a la legislación relacionada con la sanidad) sigue una serie de pasos que se inician cuando la Comisión propone un borrador de ley para la aprobación conjunta por parte del Consejo y del Parlamento. En el conjunto de etapas previas a la aprobación, hay procesos de audiencia y debate a los que se invita a otras instituciones públicas y privadas y a organizaciones no gubernamentales. La interacción en estos procesos nutre las revisiones de los textos, teniendo en cuenta que se permiten hasta tres rondas de lectura y enmiendas en cada una de estas dos cámaras (Parlamento y Consejo), además de la formación de un comité de conciliación, si fuese necesario, antes de aprobar el texto.

En algunos casos, por ejemplo en cuestiones de seguridad comunitaria, se aplica también el proceso de la legislación especial del Consejo. En estas instancias, este tiene prevalencia en la iniciativa del contenido del borrador, dejando al Parlamento únicamente el poder de veto. Aunque también existe un proceso legislativo que otorga todos los poderes al

Parlamento (excluyéndose la coparticipación paralela del Consejo), estos casos son muy excepcionales y habitualmente de poca trascendencia en el campo sanitario que nos ocupa en esta obra.

Hasta ahí, todo está relativamente claro. Pero ¿qué factores determinan el éxito de una propuesta? ¿Cómo se puede fomentar una política sanitaria europea que beneficie a las personas que sufran una enfermedad, o estén preocupadas por un problema de salud, o algo que beneficie a la atención sanitaria en España? La respuesta a estas preguntas pasa por entender los intereses (a veces complejos) de cada actor en este juego de roles.

En primer lugar, la Comisión (con sus directivos, y sobre todo con sus funcionarios de turno) se afana por formular un marco legislativo coherente con los tratados europeos. Estos, como hemos dicho anteriormente, se han elaborado tomando como piedra angular la competitividad económica de Europa en el mercado global, además de principios tales como la libertad de movimientos de personas, bienes y servicios.

Adicionalmente, y de forma secundaria y vinculada a lo anterior, se argumentan principios de solidaridad social y económica entre Estados miembros. Estos preceptos constituyen la base de la acción de la Comisión que, a diferencia de otros órganos legislativos, persigue los intereses del conjunto de la UE y sus engranajes por encima de los intereses más propios de los Estados miembros. Asimismo, los oficiales de la Comisión que redactan las propuestas legislativas son funcionarios expertos o que se concentran en la temática objeto de la directiva o regulación a desarrollar, y han trabajado durante mucho tiempo -quizás años- en la materia antes de circular la propuesta legislativa. Por tanto, lo que sale de la Comisión inicialmente no se ha filtrado (aún) por la lente política del Consejo ni la del Parlamento, y se puede caracterizar como propuestas unidimensionales y europeas.

Por su parte, y contrastando con lo anterior, el Consejo se dedica a la búsqueda de soluciones legislativas que sean compatibles con los intereses de los Estados miembros. Atención especial se dedica a la factibilidad de implementación de la regulación objeto de debate, teniendo en cuenta las consecuencias de esa regulación en función de la realidad

del país donde se va a aplicar. En el Consejo las personas que desempeñan administrativamente un papel más influyente son relativamente expertos en el tema a tratar y representantes sobre todo de los gobiernos de los Estados miembros. Los consejeros cambian según el campo, y se diferencian de los oficiales de la Comisión principalmente por su perspectiva nacional. Así, un intento de armonizar un aspecto de la política sanitaria europea por parte de la Comisión puede causar fricción en el Consejo, cuyos miembros representan al ejecutivo de diferentes países y pueden tener por tanto intereses divergentes. Por ejemplo, una política farmacéutica europea tendría que conciliar las necesidades de un pequeño Estado miembro del Este, interesado en un mercado común que aprovecha la unificación para comprar la tecnología sanitaria a menor precio (por economía de escala), y un gran Estado miembro del oeste, que ya puede negociar precios ventajosos con distribuidores, y que además tiene una industria nacional farmacéutica poderosa con altos niveles de exportación a países vecinos. Cualquier propuesta aprobada por el Consejo debe considerar estas complejidades geopolíticas y contener contrapartidas incorporadas a fin de incluir beneficios para todos los Estados miembros o, como mínimo, para intentar perjudicarles lo menos posible.

Por último, el Parlamento Europeo es el único órgano sujeto a la voluntad directa del electorado, y sus miembros son los representantes de los ciudadanos de cada Estado miembro según opciones que a su vez se estructuran en grupos políticos (49). Los diputados de la VII Legislatura (2009-2014) del Parlamento Europeo se articulan en los siguientes grupos políticos:

- Grupo del Partido Popular Europeo (265).
- Alianza Progresista de Socialistas y Demócratas (184).
- Alianza de los Liberales y Demócratas por Europa (84).
- Los Verdes-Alianza Libre Europea (55).
- Conservadores y Reformistas Europeos (54).
- Izquierda Unitaria Europea - Izquierda Verde Nórdica (35).
- Europa de las Democracias y las Diferencias (euroescépticos) (32).
- “No inscritos” en los grupos antes descritos (27).

Partiendo de este contexto, y a diferencia de los oficiales de la Comisión y del Consejo, que conocen cada materia a fondo, los miembros del Par-

lamento pueden tener solo una idea general de cada tema. De la misma manera, sus intereses son variados, ya que deben representar no solo a sus votantes en la circunscripción de origen, sino también a su partido y grupo político, y a su país, manteniéndose al mismo tiempo fieles a sus convicciones personales y negociando el terreno político del Parlamento y los elementos de *quid pro quo* que son inevitables a estos niveles. Sus agendas están repletas de asuntos heterogéneos, y buscan tomar decisiones rápidas con información concisa y sensata, que puede favorecer su posición y reputación dentro de su partido y de su país.

Barajar todos los intereses descritos arriba para conseguir “políticas ventajosas” es todo un reto, y requiere estrategias distintas de comunicación y persuasión. En muchos casos (particularmente en el Consejo y el Parlamento), los mejores actores para promover los intereses de España pueden ser precisamente los representantes españoles en esos organismos. Complementariamente, la persona que ejerza de cabeza visible del Ministerio y del SNS puede delegar este rol a otros representantes nacionales bien ubicados como interlocutores, por ejemplo, figuras como el Director General de la Salud Pública o *Chief Medical Officer* (que a su vez puede participar en el Consejo para temas concretos) (50).

Los oficiales de la Comisión que redactan la legislación no suelen recibir tantas presiones o peticiones, y ello hace que la atención personalizada de su interlocutor sea un instrumento de gran eficacia potencial. Dado que estos oficiales son expertos en el tema a tratar, y que en muchos casos son ellos quienes han redactado la propuesta, las comunicaciones deben ser directas, respetuosas, detalladas, precisas y suficientemente razonadas. Los argumentos se deben centrar en cómo la propuesta puede beneficiar a la UE en su conjunto, sobre todo en los objetivos de base relativos a la competitividad y los derechos comunitarios. Un fuerte componente de conocimiento sobre los fundamentos de los tratados europeos es un elemento clave para el éxito en esta acción persuasiva.

Para convencer a los representantes del Consejo de que apoyen (o no) una propuesta en concreto, las comunicaciones se deben adaptar a los intereses de cada Estado miembro, lo que requiere que intereses aparentemente opuestos (como en el ejemplo antes expuesto sobre política farmacéutica) terminen convergiendo en una especie de “toma y daca”

que resulte en una situación de la cual todos salen ganando. Un miembro del Consejo que defienda al sector de la industria de su país quizás no apoyará un mercado farmacéutico unificado si solo significa que sus productos nacionales se vendan a menor precio, pero, si la legislación también contiene provisiones que faciliten la aprobación de nuevos productos y eliminen trabas burocráticas, su apoyo será más probable.

Adicionalmente, los miembros del Parlamento Europeo buscan argumentos concisos y de sentido común, preferiblemente con una narrativa que concuerde con la línea que adopta su partido sobre la materia. Los intereses de cada representante pueden variar mucho de persona a persona, según inclinaciones personales, profesionales, ideológicas o políticas. Sobre todo, los argumentos utilizados deben dejar claro que su apoyo no le traerá consigo inconvenientes no controlables, que es coherente con la ideología del grupo al que está adscrito y con su trayectoria personal, que por tanto no va a perjudicar su reputación o grado de influencia, y que puede llevar aparejado el que aumente su prestigio personal o político.

Por último, los argumentos también deben tener en cuenta si la situación requiere un abordaje proactivo o reactivo.

El primer caso se da cuando no hay un problema visible en la agenda política pero hay algo que tendrá influencia sobre el tema de salud objeto de nuestro interés. Por ejemplo, la normativa sobre ensayos clínicos o sobre protección de datos en todos los países europeos (asunto crucial por el desarrollo de las redes sociales y otros aspectos, pero que también influye en limitar la disponibilidad de acceso a la historia clínica electrónica o en la investigación sanitaria, por ejemplo). Estos temas, por tanto, se deben construir *ex novo*, recabando apoyos suficientes para crear ímpetu y urgencia donde no los había, a través de una narrativa convincente. Dado que estos asuntos no son “calientes”, la oposición a una propuesta proactiva no está articulada, pero tampoco lo está el apoyo. Entonces, el reto es crear la necesidad de actuar rápido, antes de que los defensores del *statu quo* tengan la oportunidad de imponer su postura.

En el segundo caso, situaciones que requieren un abordaje reactivo, hay un problema claro, a menudo con diferentes propuestas sobre cómo afrontarlo. La respuesta ante pandemias o brotes epidémicos que amena-

cen la seguridad y la salud pública serían ejemplos de estas situaciones (51, 52). Las estrategias para influir en el resultado deben ser más cautas en este caso, ya que no hay que crear una urgencia, sino encauzar la tensión (que a veces es desbordante) de forma positiva.

En definitiva, para asuntos “fríos” se necesita un seguimiento proactivo, construyendo una coalición a través de argumentos que atraigan a diferentes actores o sectores. Para asuntos que representan problemas candentes y precisan estrategias reactivas, hay que tender puentes y buscar formas de canalizar la energía existente de manera más efectiva.

3.2.6. Tensiones entre actores y grupos de interés en el desarrollo de normativa europea

Como todos los organismos políticos, la Unión Europea está sujeta a presiones variadas y juegos de poder, por parte de elementos diversos, e intereses encontrados que pueden ser o muy éticos o bien muy perversos. Por tanto, el político europeo debe ser sobre todo equilibrista, teniendo en cuenta que la inclinación hacia cualquier extremo se lleva a cabo con un coste de oportunidad y con riesgo asociado.

El caso reciente (en el momento de escribir este texto) de la dimisión de John Dalli ejemplifica los peligros de trastocar este delicado equilibrio (53). En octubre de 2012, Dalli anunció que abandonaba su cargo como Comisario de Sanidad y Política de Consumidores, después de alegaciones de que había intentado extorsionar a la industria tabaquera (específicamente a la productora de “snus”, que es un tabaco muy peculiar -no se fuma ni se masca- tan típico en Suecia desde el XIX como desconocido fuera de ella). Las acusaciones provinieron de una productora de tabaco sueca, que afirmó haber recibido una demanda de 60 millones de euros a cambio de suavizar la nueva directiva contra productos del tabaco. Dalli negó rotundamente haber participado en la trama, acusando a su vez a la compañía de haber inventado el escándalo para minar el éxito de la legislación, hipótesis que también se baraja en sectores de profesionales de la salud preocupados por el retraso de la directiva sobre productos de tabaco (54).

En el momento en el que se estaba escribiendo este texto, llegó la noticia de que John Dalli exigía a José Manuel Barroso (Presidente de la

Comisión Europea) que rectificara, afirmando que contemplaba emprender acciones legales por ser “forzado a dimitir” (55). Cuando se estaba redactando este texto, la denominada Oficina Europea de Lucha contra el Fraude (OLAF) de la UE no había formulado las conclusiones de su investigación. Sin embargo, incluimos aquí este caso práctico dado que sirve para poner de manifiesto el funcionamiento complejo y a veces opaco de la política europea (56) que, como se mencionó anteriormente, requiere de mecanismos que aseguren la mayor transparencia posible, lo que no deja de ser coherente con las iniciativas que se han venido reclamando y adoptando al menos sobre el papel en ese sentido (57, 58).

3.3. ¿ESTÁN SUFICIENTEMENTE DELIMITADAS LAS COMPETENCIAS EN LA ACTUALIDAD, O “EL UNO POR EL OTRO, LA CASA SIN BARRER”?

Entender adecuadamente las competencias que permiten ejercer el poder de la Unión Europea (UE) (e influir sobre ella) es importante cuando se examina el impacto real de ese poder en las políticas nacionales. En materia de salud (como en la mayoría de las otras áreas de la política nacional), se pueden distinguir tres categorías distintas: por un lado, las actividades que están fuera del paraguas competencial de la UE, quedando en el marco de los gobiernos nacionales y de los sistemas de salud de los Estados miembros; por otro, las acciones que están expresamente condicionadas por la legislación vinculante europea; y, por último, las esferas más ambiguas, donde aún el papel de la legislación comunitaria está siendo desarrollado, y donde la influencia de la UE puede resultar prescriptiva de forma puntual, pero solo determinante en limitadas ocasiones. El contexto actual de crisis económica añade incertidumbre al grado de control o de regulación añadida que pueda llegar a desarrollarse en los próximos años, pero por ahora revisemos hechos que conocemos.

3.3.1. Las áreas de competencia que fundamentalmente corresponden a los Estados miembros. Correlatos problemáticos de (in)coherencia con el marco UE

En primer lugar, digamos de entrada que la gran mayoría de las decisiones prácticas relacionadas con la asistencia sanitaria en sentido estricto las deciden de manera soberana los distintos países, y es poco probable que ese hecho cambie en el corto o medio plazo, aunque hay espacio para una amplia mejora, tal y como se tratará de explicar a continuación y en las reflexiones finales.

Partimos de la base de que los servicios de naturaleza “social”, entre los que se incluyen conceptualmente en Europa los de atención sanitaria, son competencia exclusiva de los Estados miembros, y están exentos de las reglas de la libre competencia. Pero esto no quiere decir que los servicios sanitarios no influyan en dimensiones que tengan impacto en el “mercado interno”, la libre competencia y en los principios que forjaron la génesis de la UE (explícitamente contemplados en el Tratado de la Unión). Por ello, la articulación de estos servicios de salud lleva aparejadas implicaciones en aspectos tales como el comercio de productos farmacéuticos, tecnologías y dispositivos médicos, la remuneración de los profesionales sanitarios y otras consideraciones en las que los ciudadanos reclaman coherencia apelando a la raíz del propio concepto de Unión.

Pues bien, aunque la organización de los servicios sanitarios es una cuestión en la que la soberanía nacional tiende a prevalecer (en el caso de España, pivotando a partir de las comunidades autónomas), se dan casos en los que los servicios autonómicos de salud que (en el caso de España) comparten frontera con Francia o Portugal pueden adoptar iniciativas transfronterizas para ahorrar costes y utilizar más eficientemente los recursos. De hecho, ya existen varios de estos programas, y hemos de recordar que el vigente Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (que forma parte del desarrollo del Tratado de Lisboa vigente desde 2010) afirma en el punto 2 del artículo 168: “La Unión fomentará la cooperación entre los Estados miembros en los ámbitos contemplados en el presente artículo y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción. Fomentará, en particular, la cooperación entre los Estados miembros destinada a mejorar la complementariedad de sus servicios de salud en las regiones fronterizas” (59). Pero, a pesar de la previa formulación del más alto rango, y que todo ello es posible por el marco UE que nos hemos dado, las decisiones son tomadas sin implicación práctica por parte de las autoridades de la Comisión Europea u otros de la UE, quedando confinadas al ámbito de las autoridades sanitarias competentes en las autonomías/entes territoriales en coordinación con los ministerios correspondientes de los países implicados.

Por otro lado, las estrategias nacionales de salud se formulan de acuerdo con las prioridades nacionales, con metodologías y planteamientos he-

terogéneos, que no siempre guardan coherencia desde una perspectiva de una Europa cohesionada. Esta dimensión tiene, de hecho, amplio espacio de mejora. En realidad, la UE formula una estrategia muy genérica y sin aspectos de coordinación real de sistemas. Recientemente se ha promovido la estrategia denominada “Europa 2020 – por una UE más saludable” (*“Europe 2020 – for a healthier EU”*) (60). Aunque no hay referencias explícitas a temas sanitarios en esta formulación, la UE ha establecido para 2020 cinco ambiciosos objetivos en materia de empleo, innovación, educación, integración social y clima/energía. En cada una de estas áreas, cada Estado miembro ha fijado sus propios objetivos. La estrategia se apoya en medidas concretas tanto de la Unión como de los Estados miembros. La propia formulación de este documento se limita a afirmar que esta estrategia es la de desarrollo económico y crecimiento para los próximos 10 años, con iniciativas que tienen impacto en la salud fundamentalmente a través de iniciativas de innovación, agenda digital para Europa (que puede ayudar a impulsar la tarjeta sanitaria europea y la historia clínica electrónica compatible, ideales pendientes de desarrollo), la agenda para nuevas habilidades, capacidades y para el empleo, y la plataforma europea contra la pobreza. Como se ve, no se adentra en temas propios de gobernanza, financiación de sistemas sanitarios, recursos humanos y de infraestructura para cuidados de salud y provisión de servicios.

También podríamos incluir aquí la denominada Estrategia Europea de Salud (61) (el programa vigente se extiende desde 2008 a 2013), presentado como una búsqueda de la mejora de la salud de los ciudadanos. Plantea líneas muy genéricas que incluyen medidas tales como “promoción de la salud de las personas de edad y de la población activa, y acciones relativas a la salud infantil y juvenil, desarrollo y puesta en práctica de medidas relacionadas con el tabaco, la alimentación, el alcohol, la salud psíquica y otros factores ambientales y socioeconómicos que afectan a la salud...”, pero que, como se puede comprobar, en realidad es una iniciativa de grandes principios y declaraciones pero relativamente modesta en la práctica, que presta apoyo puntual a los programas de salud pública en los Estados miembros.

Ante ese vacío, organismos como la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud aprovechan este “nicho ecológico” para introducir

acuerdos sobre criterios y principios básicos de los sistemas de salud europeos. Es el caso de la estrategia “Salud 2020 de la OMS: la estrategia europea para la salud y el bienestar” (*WHO Health 2020: The European policy for health and well-being*), recientemente aprobada (en septiembre de 2012) en el Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (62). Recordemos que la Región Europea de la OMS incluye un total de 53 países: los 27 Estados miembros de la UE más otros 26 países, que incluyen los balcánicos, Turquía, Israel, Suiza, Noruega, y todos los que anteriormente estaban englobados en la Unión Soviética. Todas estas iniciativas orientadas a adoptar un marco conceptual estratégico compartido son dignas de elogio, dado que pueden contribuir a una mejor comunicación a partir de un lenguaje común y a la más efectiva cooperación entre países, lo que en definitiva será bueno para los ciudadanos.

3.3.2. Las áreas de competencia y acción directa de la UE y sus lagunas actuales

Comencemos, como siempre, por apelar a los fundamentos inspiradores de la UE, y es que una pieza clave del proyecto europeo es el principio de “libertad de movimientos”, que se aplica a bienes, servicios y personas. En ese sentido, desde un principio se entendió bien que existieran competencias en áreas relacionadas con la salud, pero que se trataban en su aspecto de mercado interior y no como promoción de la salud o labor asistencial para los ciudadanos europeos. Desde el primer momento se pensó que estas áreas incluían medicamentos y su libre circulación (no solo con un objetivo regulador, sino también para promover la industria europea), el impulso de la investigación europea (incluida la investigación en salud), o la libre circulación de los ciudadanos europeos (lo que incluía el objetivo de circulación y homologación de profesionales). También se deseó desde un principio regular la denominada “portabilidad de los derechos de seguridad social” (incluyendo su vertiente sanitaria), pero eso se ha visto como ejercicio complejo, y se han encontrado problemas, especialmente en sistemas tipo “Beveridge” (sistemas nacionales de salud) financiados a través de impuestos (esto es, cuando el derecho a la asistencia sanitaria no va ligado a la seguridad social, como ocurre en los sistemas tipo “Bismarck”) (9, 63).

Pero el aparentemente simple principio de libre circulación tiene amplias implicaciones para la salud, ya que requiere el establecimiento de un um-

bral de calidad, seguridad y estándares asociados. Por ello, y aunque la prestación de los servicios sanitarios está intrínsecamente bajo la competencia de los Estados miembros, el principio de “libertad de movimientos” se aplica a la tecnología de la salud, sangre humana, tejidos y órganos, y parcialmente (al menos en la actualidad) en lo que se refiere a profesionales de la salud y a pacientes (lo que se denomina asistencia sanitaria transfronteriza, cuestión que se tratará más adelante en este capítulo).

Existen agencias europeas especializadas en aspectos competenciales y áreas con competencias, pero escaso desarrollo normativo y de recursos. A continuación intentaremos sintetizar esta situación combinando las temáticas y una breve reseña acerca de las agencias reguladoras.

3.3.2.1. Áreas competenciales específicas que disponen de agencias reguladoras europeas: medicamentos, acciones de salud pública y protección de consumidores, defensa contra enfermedades transmisibles, seguridad alimentaria, seguridad y salud en el trabajo, investigación para encontrar nuevas soluciones y formación a favor de la sinergia con terceros países

La primera área de competencia europea clara, y tal vez la forma más natural de una normativa comunitaria, es la concesión de licencias para tecnologías, productos sanitarios y, cómo no, **medicamentos** aplicables en el mercado europeo.

La agencia reguladora más importante en este campo es la Agencia Europea del Medicamento (*European Medicines Agency*, habitualmente conocida por el acrónimo EMEA). Creada en enero de 1995, está a cargo de la revisión y aprobación de medicamentos para uso humano y veterinario en la UE (64). Así, todas las empresas que buscan entrar en el mercado europeo deben seguir la normativa comunitaria y los procedimientos establecidos por la EMEA. La armonización de los requisitos para la autorización de medicamentos en la UE tiene como fin conseguir que todos los medicamentos que se utilicen respondan a criterios de calidad, seguridad y eficacia. Para ello, los procedimientos de evaluación y autorización han de ser comunes en toda la UE. Así, con los mismos requisitos necesarios para una solicitud estrictamente nacional, los laboratorios pueden optar también a cursar sus solicitudes de registro de nuevos medicamentos en

más de un país simultáneamente. Existen tres posibilidades de registro comunitario: descentralizado, de reconocimiento mutuo, y centralizado.

El procedimiento descentralizado de registro se utiliza cuando el medicamento no cuente con una autorización en ningún Estado miembro de la UE en el momento de la solicitud, y la empresa solicitante pide a uno de los Estados que actúe como Estado miembro de referencia; este emite un informe de evaluación que enviará al resto de los países implicados.

En el reconocimiento mutuo se solicita la concesión de la autorización de comercialización de un medicamento cuando dicho medicamento ya ha sido evaluado y autorizado en algún Estado miembro. El país en el que el medicamento ya está autorizado actúa como ponente de referencia y elabora un informe de evaluación que remite al resto de los países concernidos.

En el caso del procedimiento centralizado, la solicitud se presenta a la EMEA, y su autorización permite la comercialización del medicamento en toda la UE.

Mención especial merece el hecho de que en 2001 se creó el Comité de Medicamentos Huérfanos (COMP) (65), encargado de revisar las solicitudes de designación procedentes de investigadores de centros científicos universitarios o independientes, o de empresas que pretenden desarrollar medicamentos para enfermedades raras o poco frecuentes, los denominados “medicamentos huérfanos”, el desarrollo de los cuales, aunque puede tener gran impacto para personas, familias y para la propia sociedad, no resulta atractivo desde la perspectiva de los beneficios económicos para la industria. Este es un campo que también merece apoyo especial desde la dimensión europea.

Sea como fuere, e independientemente del procedimiento de registro y del ánimo de lucro o no de los grupos que están detrás del desarrollo e innovación en medicamentos, hay que señalar que la EMEA no negocia los precios con los interlocutores farmacéuticos (esta faceta sigue siendo competencia de las autoridades nacionales de salud), ni tampoco toma decisiones sobre qué medicamentos deben ser reembolsados y en qué medida o proporción de reembolso o copago. Esta cuestión suele quedar

en manos de entidades propias de los Estados miembros, generalmente las denominadas “agencias de evaluación de tecnologías sanitarias”. Como se explicará más adelante, la heterogeneidad de criterios y de su aplicación, y la falta de coordinación europea en este campo afecta a elementos fundamentales de los derechos de los pacientes y merece que se le preste atención en un futuro.

Además de la EMEA, existen diversas agencias reguladoras europeas que tienen un papel importante en la conformación de la política nacional de salud en los Estados miembros de la UE. Los campos más relevantes y sus correspondientes agencias reguladoras se describen a continuación.

Comencemos por el amplio campo de la denominada “Salud Pública”, entendida como la ciencia y el arte de proteger la salud, prevenir la enfermedad, y promover la salud y el bienestar mediante esfuerzos organizados de la sociedad. La primera vez que, en lo que entonces se denominaba Comunidad Económica Europea, se habló de salud pública fue en el Consejo Europeo de junio de 1985, en el que por iniciativa de los presidentes Craxi y Mitterrand, el Consejo decidió lanzar un programa europeo de lucha contra el cáncer y encargó a la Comisión Europea que iniciara lo que luego culminó con el programa “Europa contra el Cáncer” (66). Es curioso que hace 27 años se avanzó de manera significativa en algo que después podemos ir perdiendo si no mantenemos la guardia alta en Europa aun en el contexto de la crisis financiera: la prevención primaria (67) y la prevención secundaria o diagnóstico precoz del cáncer (68).

Pero volvamos al año 1985, porque a partir de ahí se sucedieron una serie de iniciativas sobre diversos ámbitos relacionados con la salud pública (tales como el campo de la toxicología a efectos de la protección sanitaria; aspectos en relación con el abuso de alcohol; desarrollos relativos a un programa contra el sida...), en su mayoría en forma de resoluciones o conclusiones sin fuerza legal para obligar a los Estados miembros (69). Pero la incorporación de la salud pública como tal a un texto legislativo de la UE surge cuando se adopta en 1992 el Tratado de Maastricht, cuyo artículo 129 lleva por título “Salud Pública” (70). En dicho artículo se dice que “la Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana”, que “la acción de la Comunidad se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente de las

más graves y ampliamente difundidas”, y que “las exigencias en materia de protección de la salud constituirán un componente de las demás políticas de la Comunidad”.

El Tratado de Maastricht fue sustituido en 1997 por el de Ámsterdam, y su artículo 152 mantiene y refuerza la casi totalidad de las disposiciones del anterior identificado como artículo 129 (69, 70). En este galimatías de números de artículos, no podemos dejar de mencionar que tal y como se ha explicado y referenciado previamente en este capítulo, actualmente es el Tratado de Lisboa el que está en vigor, y en él se ha modificado el hasta entonces artículo 152, sobre “salud pública”, por el que ahora se identifica como artículo 168. Las principales novedades son: permite a las instituciones de la UE emprender acciones directas de salud pública en ámbitos como tabaco, alcohol y lucha contra las pandemias humanas; “fomenta” la cooperación de los Estados miembros en los servicios de salud de las regiones fronterizas (como antes se explicó); hace frente a los problemas comunes de seguridad; y se propone adoptar medidas que establezcan estándares elevados de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios.

Los tratados han de tener reflejo en acciones algo más concretas, y de ahí surgió el vigente programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2013 (que es el segundo de esta serie en la UE tras el del sexenio anterior). Se afirma que el planteamiento de este programa es “complementar y apoyar las políticas de los Estados miembros, otorgarles valor añadido y contribuir a incrementar la solidaridad y la seguridad humanas y a mejorar la salud pública”. Los objetivos que persigue, mediante las 19 acciones (que se detallan en su anexo), son mejorar la seguridad sanitaria de los ciudadanos, promover la salud, incluida la reducción de desigualdades en esta materia, y generar y difundir conocimientos en materia de salud (71).

Pues bien, la Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumo (EAHC) (72), antes denominada Agencia Ejecutiva para el Programa de Salud Pública, en realidad se creó el 1 de enero de 2005 con vistas a la ejecución del [Programa de Salud Pública de la UE](#). En 2008 se amplió su vigencia hasta el 31 de diciembre de 2015 y se añadieron a su cartera de servi-

cios diversas medidas de protección de los consumidores y formación sobre seguridad alimentaria. Su sede está en Luxemburgo. En el nuevo mandato de la Agencia se incluye la ejecución del Programa de Salud, el Programa de Consumo y la Iniciativa de Formación sobre Seguridad Alimentaria de la UE. La Agencia presta apoyo mediante servicios profesionales para la ejecución de las tareas de la Comisión Europea, gestiona las relaciones con unos 2.200 beneficiarios de más de 200 proyectos de salud, y colabora estrechamente con la Dirección General de Salud y Consumidores. Aquí podríamos incluir un campo que no es exclusiva competencia de la Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumo pero en la que dicha Agencia desempeña, junto a la EMEA, un papel destacado: se trata de los requisitos para la recolección, preservación, almacenamiento y distribución de sangre humana, tejidos, células y órganos, una materia sobre la que existe un amplio cuerpo de legislación de la UE.

De hecho, el citado artículo 152 del Tratado de Ámsterdam incorporaba frente al anterior 129 del Tratado de Maastricht dos tipos de medidas que traspasaban la barrera hasta entonces insalvable: los Estados miembros están obligados a cumplirlas e incorporarlas a su legislación interna. Se trata precisamente de las medidas en cuanto a la calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, sangre y sus derivados (además de las medidas que se adopten en los ámbitos veterinario y fitosanitario para proteger la salud humana). Por ahora estos procedimientos de base europea se centran sobre todo en garantizar los estándares de calidad y seguridad de estos productos en toda Europa. Mientras que se estimula un modelo altruista de donación de órganos (recordemos que España es un modelo para el mundo a través del patrón que supone la Organización Nacional de Trasplantes) (73), este altruismo no es necesario en el caso de la sangre o de ciertos tejidos, campo en el que de nuevo se observa que hay espacio para mejorar.

También en relación con la salud pública está la dimensión de protegernos de los [contagios y epidemias de enfermedades infecciosas](#), asunto que genera gran preocupación entre los ciudadanos. El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) (74), creado por el Reglamento 851/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, entró en funcionamiento el 15 de mayo de 2005, y tiene su sede en Estocolmo. La misión de esta agencia es contribuir a la defensa de

Europa frente a enfermedades infecciosas como la gripe, el SARS y el VIH/SIDA. En realidad, la misión del ECDC consiste en identificar, evaluar y comunicar las amenazas para la salud humana derivadas de las enfermedades infecciosas, pero las decisiones finales sobre propuesta de intervenciones a Estados miembros están en el ámbito de la DG SANCO en la propia Comisión Europea. Por todo ello, el personal del ECDC no es numeroso, pero cuenta con una red de socios en todos los Estados miembros de la UE y países asociados, que trabajan en colaboración con los organismos nacionales e internacionales de protección de la salud para desarrollar y reforzar los sistemas de vigilancia y alerta temprana a escala europea.

Otra dimensión de la salud pública, entendiendo que la esencia de esta es velar por la salud y el bienestar de la comunidad y de sus miembros, es la **seguridad alimentaria**, tratando de garantizar que los alimentos que consumimos no entrañen peligro para la salud. Para ello surge como entidad reguladora la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) (75), creada en el año 2002 y provisionalmente instalada desde entonces en Bruselas.

Nacida a raíz del estallido de la denominada “crisis de las vacas locas”, tiene como principal objetivo garantizar y velar por la seguridad de la cadena alimentaria y del consumidor europeo, y es una entidad jurídica independiente del resto de instituciones de la UE, dedicada a prestar asesoramiento científico a la Comisión Europea en todas las cuestiones que, directa o indirectamente, comprometen la seguridad alimentaria. Su responsabilidad básica es asesorar de forma científica y de manera independiente acerca de todos los asuntos referentes a la seguridad de los alimentos, analizando los riesgos para la cadena alimentaria y evaluando científicamente cualquier asunto que pueda afectar a la seguridad de los alimentos en Europa. Su trabajo cubre todo el proceso de producción de alimentos, desde la explotación agrícola o ganadera hasta el plato, es decir, desde la producción primaria, incluida la seguridad de la alimentación animal, al consumo final. Tampoco entraremos en los detalles de este amplio campo, pero el tema de la prevención y control de las crisis alimentarias es de un enorme calado para los ciudadanos. Los sucesos acaecidos relacionados con contaminaciones alimentarias relativamente recientes están en la mente de todos, desde el trágico episodio del enve-

nenamiento masivo por aceite tóxico (que paradójicamente supuso un auténtico revulsivo del sistema de salud pública e higiene alimentaria español), hasta los peligros potenciales del consumo de aves en plena “gripe aviar”, pasando por las carnes de vacuno impurificadas por priones (las mal llamadas “vacas locas”), la contaminación de pollos con dioxinas, el alto contenido en mercurio de diversas especies de pescado, la acrilamida en las patatas fritas, o los efectos controvertidos de los alimentos transgénicos. El hecho es que la cuestión de los riesgos alimentarios, o de la seguridad alimentaria, preocupa a la sociedad y a los consumidores y, como ha revisado en otro trabajo el propio autor de este capítulo, necesita un abordaje integral (76), y esto es lo que se está tratando de hacer desde Europa en colaboración con las agencias nacionales, en nuestro caso la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

El ámbito de la [salud y seguridad en el trabajo](#) es otro campo relacionado con la salud pública y otro pilar en el que se sustenta una Europa productiva, sostenible y que se desarrolla de forma adecuada. Bajo el concepto de que ningún país puede abarcar la amplia gama de problemas de seguridad profesional y salud a los que se enfrenta hoy Europa, se creó en 1994 la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA) (77), que tiene su sede en Bilbao. La Agencia está dirigida por un Comité Administrativo en el que están representados sindicatos, organizaciones patronales, gobiernos nacionales y la Comisión Europea. Se buscó desde un principio reunir el vasto fondo europeo de conocimientos e información sobre estos problemas, particularmente sobre medidas preventivas. Además de desarrollar una red completa de sitios de internet sobre seguridad y salud, la Agencia lleva a cabo un activo programa de publicaciones de todo tipo, desde informes especializados hasta material para campañas publicitarias.

Como se dijo al describir los principios inspiradores para el desarrollo de la Unión Europea, la [investigación para encontrar nuevas soluciones](#) está entre las dimensiones que pueden permitir una Unión más competitiva y que encuentre soluciones ante los retos de la sociedad. Para optimizar la canalización de esa energía y la coordinación de acciones, en diciembre de 2007 se creó la Agencia Ejecutiva de Investigación (REA) (78), con sede en Bruselas. Administra más de 6.500 millones de

euros procedentes del VII Programa Marco de Investigación e inició sus actividades en junio de 2009. La Agencia rinde cuentas de su actuación a las Direcciones Generales de Investigación e Innovación, Empresa e Industria, y Educación y Cultura. Dada la limitación de espacio, aquí no entraremos a revisar los proyectos aprobados o las acciones en marcha, pero este autor no quiere dejar pasar la oportunidad de afirmar que el impulso y apoyo a la investigación debe continuar y de manera prioritaria en la UE.

Hay muchos otros ámbitos con impacto indirecto en materia de salud y que disponen de sus propias agencias reguladoras, pero aquí finalizaremos este apartado refiriéndonos a la [diseminación de conocimientos y a la formación en el ámbito de los programas de relaciones con terceros países](#). Esa idea fue la génesis de la creación en 1990 de la Fundación Europea de Formación (ETF) (79), con sede en Turín. La Fundación apoya la reforma de la formación profesional en los Estados miembros en el contexto de los programas de relaciones exteriores de la Unión Europea, tales como los de colaboración con los países del denominado Mediterráneo Sur (MEDA), con países de los Balcanes (CARDS), con Rusia y los antiguos países de la Unión Soviética, hoy Estados independientes (TACIS), así como los programas de adaptación a los países candidatos que van a unirse a la UE (*pre-accession instruments*) como los propios del programa PHARE. Hemos de recordar que el vigente Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (que forma parte del desarrollo del Tratado de Lisboa vigente desde 2010 y que se ha referenciado previamente) afirma en el punto 3 del artículo 168 que: “La Unión y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública”, y las iniciativas mencionadas convierten la política de la UE en instrumentos de formación y de mejora del mercado de trabajo en favor de la sinergia con terceros países.

3.3.2.2. Áreas con competencias europeas pero sin agencias reguladoras especializadas y con escaso desarrollo normativo y de recursos: regulación de dispositivos médicos y criterios para la selección y financiación de fármacos y tecnologías

Como se expuso en el inicio del apartado anterior, el principio de “libertad de movimientos” se aplica, cómo no, a bienes y servicios, por lo que una competencia natural de normativa comunitaria emanada de la

propia filosofía de la Unión es la concesión de licencias para tecnologías sanitarias aplicables en el mercado europeo. Por tanto, es lógico esperar que este campo del comercio y la industria sea objeto de legislación europea vinculante, y en parte ha sido así desde 1960. Eso hace aún más paradójica y sorprendente la insuficiente ordenación de algo tan sensible como los dispositivos médicos, que están sometidos a la regulación directa de la legislación europea (80), pero bajo el mismo esquema que se usa, por ejemplo, para los electrodomésticos, un régimen notablemente laxo que ha sido muy criticado. Tengamos en cuenta que se trata de productos en los que un inadecuado diseño o insuficiente control de calidad puede acarrear no solo inconveniencias menores, sino graves riesgos para las personas. Y es que, a diferencia de las medicinas de venta bajo receta, los dispositivos solo requieren una simple certificación de calidad antes de ser vendidos al público.

Los mecanismos de [aprobación y trazabilidad de los productos sanitarios, incluidos los dispositivos y aparatos médicos](#), necesitan de una más sólida regulación. Esto ha quedado patente tras el escándalo sanitario mundial provocado por implantes mamarios defectuosos fabricados por la compañía francesa *Poly Implant Prothese* (PIP), que han dado lugar a “experiencias terribles” en las mujeres directamente afectadas y un gran escándalo social (81). Y este caso particular resulta aún más grave cuando ya se había reclamado desde hacía tiempo la regulación europea de esta materia. De hecho, el propio autor de este capítulo lideró en el año 2000 un informe encargado por el Parlamento Europeo sobre implantes de silicona, en el que se alertaba sobre la escasez de controles, registros, trazabilidad y estudios sobre los efectos adversos de estos productos (82). También proponía en la revisión de las propuestas en 2002 acciones prácticas normativas y de acción, entre ellas la mejora de la información a las pacientes, el seguimiento, la vigilancia y el control de calidad (83). Pero lo cierto es que solo cuando la situación se ha vuelto insostenible ante el escándalo de las prótesis PIP se han incorporado las medidas que se habían propuesto hace una década.

La problemática anterior podría ampliarse a múltiples productos sanitarios, incluidas las tecnologías diagnósticas (por ejemplo, pruebas genéticas, instrumentos de diagnóstico por la imagen y otros). Hoy por hoy estas tecnologías no están sometidas al rigor de ensayos clínicos o estudios rigurosos

que sí se exigen en el caso de los fármacos. Este proceder ignora el hecho de que para una adecuada medicina personalizada no es suficiente que los medicamentos sean eficaces en circunstancias ideales, sino que se asignen de la manera más beneficiosa para el paciente concreto, para lo cual lo primero que hemos de hacer es diagnosticar el proceso de la forma más precisa, a partir de lo cual los médicos podrán tratar mediante el fármaco o intervención más adecuada el caso concreto. Este hecho es bien conocido en oncología, campo en el que la denominada “medicina personalizada” está cada vez más desarrollada y de ello existen múltiples ejemplos (84).

Ante este clamor, la Comisión Europea propuso recientemente (en septiembre de 2012) iniciar un procedimiento para elaborar un nuevo reglamento de cara a mejorar la seguridad y el funcionamiento de distintos dispositivos médicos, como los marcapasos o las máquinas de rayos X, con el objetivo de restablecer la seguridad de los dispositivos médicos para adaptarlos a los últimos avances científico-técnicos (85). Se está así preparando una propuesta de reglamento sobre los productos sanitarios (que sustituirá a la Directiva 90/385/CEE relativa a los productos sanitarios implantables activos y a la Directiva 93/42/CEE relativa a los productos sanitarios), así como una propuesta de reglamento sobre productos sanitarios para diagnóstico *in vitro* (que sustituirá a la Directiva 98/79/CE sobre productos sanitarios para diagnóstico *in vitro*). Entre las novedades de esta normativa figuran mecanismos que aseguren la transparencia y el control de los aparatos médicos, así como sistemas independientes de evaluación antes de salir al mercado y una base de datos que estará disponible para la consulta de profesionales y usuarios.

Para completar la argumentación anterior comprendiendo lo justificado de avanzar en esta línea, recordemos que el vigente Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (de 2010, referenciado previamente) afirma en el apartado 5 (y más específicamente en su letra “c”) del famoso artículo 168 que: “... El Parlamento Europeo y el Consejo... contribuirán a la consecución de los objetivos del presente artículo adoptando, para hacer frente a los problemas comunes de seguridad, medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios”. Por tanto, podemos afirmar que mejorar en este campo es una cuestión de principios, al estar esta problemática explícitamente contemplada en el Tratado de la Unión.

Otro aspecto que merece reseña en este asunto es todo lo relacionado con el establecimiento de criterios para la selección de fármacos y tecnologías (además de para la fijación de sus precios). En un apartado anterior comentamos que la EMEA no negocia los precios con los interlocutores farmacéuticos (esta faceta sigue siendo competencia de las autoridades nacionales de salud), ni tampoco toma decisiones sobre qué medicamentos deben ser reembolsados y en qué medida o proporción de reembolso o copago. Aquí entran en juego otras agencias que están desperdigadas en los Estados miembros y que tienen una gran importancia: las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias de los respectivos países, entidades que en principio valoran las diferentes tecnologías y procedimientos fundamentalmente mediante la revisión de la evidencia científica bajo el prisma de criterios de coste-efectividad más o menos transparentes o formalizados (86, 87). En principio son responsables de proponer procedimientos y criterios de financiación y de fijación y revisión de precios, y de incorporar o no a la cartera de servicios del correspondiente Estado miembro tales productos, tecnologías y procedimientos siguiendo el ejemplo del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) británico (88). Pues bien, aunque existen proyectos europeos temporales de coordinación de ciertas actividades de evaluación de tecnologías sanitarias en Europa, fundamentalmente el denominado “*European Network for Health Technology Assessment*”, conocido por sus siglas EUnetHTA (89), lo cierto es que hoy por hoy no hay transparencia ni coherencia interna en el proceso de toma de decisiones respecto a qué se incluye o no en la cartera de servicios y en razón de qué criterios. Esto genera intensos debates en ámbitos sensibles como el de los tratamientos para el cáncer u otras enfermedades graves, además de ir en contra de la equidad y del acceso a tratamientos que sean necesarios cuando un ciudadano está fuera de las fronteras de su país de origen (cuestión que revisaremos posteriormente), por lo que este campo tiene amplio espacio de mejora y también merece un mejor desarrollo (90).

3.3.3. Asuntos de competencia compartida, con especial atención a áreas particularmente sensibles y con ambiguas delimitaciones

Las competencias europeas interactúan de forma compleja con las competencias de los Estados miembros, creando un tapiz de ámbitos políticos difusamente entrelazados, donde tanto la UE como los Estados miembros tienen un papel importante.

Más arriba hemos tratado de resumir las áreas que con mayor nitidez están sujetas a competencia en el ámbito de los Estados miembros o en el de la UE, aunque el autor ha de aclarar que incluso los asuntos así clasificados en los apartados anteriores tienen siempre un cierto grado de superposición (en mayor o menor grado) de competencias. Pero más allá de lo ya explicado, existe una gran área en la que el solapamiento tiene lugar con fronteras enormemente difusas. Hay muchos temas que podríamos incluir en este apartado, pero nos centraremos en los que creemos que tienen un mayor impacto y trascendencia práctica para los ciudadanos y para los profesionales sanitarios: los relacionados con la movilidad de los pacientes y su atención en otro Estado miembro de la Unión distinto al país de origen; los temas relacionados con la política de recursos humanos y de movilidad de los profesionales; y, por último, la amplia dimensión de la seguridad de los pacientes y la garantía de calidad de los servicios de atención de salud.

3.3.3.1. Movilidad de pacientes y asistencia sanitaria transfronteriza en otro Estado miembro de la UE

La asistencia sanitaria “a través de las fronteras” o “transfronteriza” (lo que en inglés se conoce como *cross-border health*), o el concepto de libre circulación de pacientes, comúnmente llamada movilidad de pacientes, está, como su propio nombre deja entrever, en el cruce entre la política sanitaria nacional y la política sanitaria europea. El concepto implica que las personas sean atendidas en un país de la Unión Europea que no es el de su residencia habitual. A pesar de que se han realizado algunos avances en la delimitación de las áreas bajo competencia de la UE y las propias bajo competencia exclusiva de los Estados miembros, específicamente a través de la Directiva anteriormente mencionada sobre la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (*Directive on the Application of Patients’ Rights in Cross-Border Healthcare*) (91), aún hay una serie de cuestiones “resbaladizas” o relativamente indefinidas cuya eventual resolución -o la falta de ella- tendrá un impacto significativo en las políticas nacionales.

Desde la perspectiva de los Estados miembros, la movilidad es más la excepción que la regla, y este tipo de atención preocupa por sus implicaciones en la pérdida de control y la equidad de los sistemas sanitarios. Por su parte, para las instituciones de la UE el foco de atención es la necesi-

dad de ser coherente con sus principios, eliminando impedimentos para el libre movimiento y para implementar las elecciones correspondientes. Es fácil de comprender que como la agenda de estos actores difiere de manera notable, inevitablemente la movilidad de pacientes se convierte en una fuente de conflicto (92). Como comentamos anteriormente, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha tenido que dirimir en repetidas ocasiones ante apelaciones de ciudadanos, sentando jurisprudencia a través de sus sentencias (93). Desde que en el año 1998, el Sr. Decker (ciudadano luxemburgués) decidió comprarse un par de gafas graduadas en Bélgica y reclamó el reembolso de este gasto en su país y, a partir de otras sentencias, esta jurisprudencia ha tenido gran impacto. Hay un debate intenso sobre las consecuencias de las sentencias que reconocen el derecho a la libre circulación y su consecuencia más inmediata, que es el reembolso de los gastos ocasionados en un Estado diferente al de origen. Los Estados miembros temen que esto comprometa una adecuada planificación de los servicios sanitarios. Pero aún más interés suscita a los ciudadanos, porque apuntala el derecho a la protección de la salud y a la libre circulación como pacientes dentro de Europa.

La dimensión de este asunto es muy amplia, y tiene implicaciones para los pacientes, los proveedores de servicios y los profesionales de la salud, pero en esta sección me limitaré a ofrecer un breve resumen de las dos primeras esferas, dado que ciertas cuestiones sobre recursos humanos profesionales se desarrollan en un apartado posterior.

En primer lugar, es necesario identificar cuáles son las necesidades que requieren una atención de salud fuera de nuestro país, en otro Estado miembro de la UE, y la forma en la que la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza contempla sus derechos. A continuación se examinarán las cuestiones teóricas y prácticas que implican estos derechos antes de explorar qué mecanismos utilizan los sistemas de salud para financiar y prestar los servicios. En este punto, podremos identificar las deficiencias existentes entre nuestro objetivo ideal (es decir, servicios similares para todos los ciudadanos de toda Europa) y la realidad actual. Al final de este capítulo se aventurará un futuro sobre este tema a modo de propuesta.

En relación con quién busca atención médica en otro Estado miembro que no es el propio, podemos establecer cinco categorías principales:

las personas que están de paso (turistas, viajeros por negocios, etc.) que enferman durante sus viajes y que necesitan cuidados intensivos; los jubilados que residen (a tiempo completo o parcial) en otros países; las personas que viven en regiones fronterizas (adyacentes a la frontera); los pacientes enviados al extranjero de forma explícita por los sistemas sanitarios de origen (fundamentalmente para la atención de enfermedades raras o de gran complejidad tecnológica, que requieren de atención en centros de referencia especializados); y los “turistas de salud” que viajan al extranjero expresamente en busca de atención en otros países. Los derechos de todos estos grupos se describen en la Directiva de la Comisión. Podemos decir que, en general, prevalece el derecho de los pacientes europeos a acceder a la atención en otro Estado miembro, aunque la articulación práctica de la responsabilidad de dar respuesta a ese derecho recae en los sistemas de salud en cuestión. La única salvedad es que se requiere autorización previa para los “turistas de salud” en ciertos casos (por ejemplo, si el cuidado conlleva un equipo costoso). Hay que subrayar que hoy por hoy, antes del reembolso los pacientes deben pagar por adelantado. La devolución o reembolso de esos gastos se hace con posterioridad y previa presentación de la documentación y las pruebas de pago correspondientes.

Aunque algunos analistas sostienen que en la práctica el sistema favorece a los ciudadanos de clase social más alta y bien informados, que conocen sus derechos y que pueden viajar al extranjero y pagar por adelantado el tratamiento (94), la alternativa (es decir, no permitir que los pacientes accedan a la atención en otros Estados miembros) es moralmente indefendible e insostenible en una Europa de fronteras abiertas y libre circulación de personas, servicios y mercancías. Y, sea como fuere, a través de las sentencias del Tribunal de Justicia de la UE se ha limitado significativamente la posibilidad de negar asistencia en los Estados miembros a pacientes atendidos fuera del país de afiliación (92). Por tanto, la responsabilidad recae sobre la UE en su conjunto y sobre todo en cada uno de los Estados miembros cuyos ciudadanos reclaman esta opción. Ello de cara a garantizar que los derechos de los pacientes son preservados, con mecanismos accesibles a todos los estratos de la población, y buscando un escenario en el que los ciudadanos estén informados de qué opciones de atención médica tienen.

Aunque comprendemos que dar respuesta operativa práctica a esta responsabilidad es de por sí un reto, esta es solo una de las dificultades o desafíos que supone para los Estados miembros aplicar plenamente la Directiva (95). En este sentido, el reembolso del gasto de los servicios de salud es una cuestión importante. Así, por ejemplo, si un grupo grande de pacientes con cáncer de Estonia decidiera renunciar a la lista de espera en Tallin (capital de Estonia), cruzar el mar Báltico y buscar atención en Helsinki (capital finlandesa), la carga financiera recaería en el sistema estonio, que debería pagar el coste de los servicios finlandeses. El debate está conceptualmente centrado en si el derecho a la sanidad se hace extensivo a proveedores fuera del Estado de afiliación y cubriendo servicios fuera de la cartera del país de origen. Este derecho a la sanidad, como parte del estado de bienestar europeo ha sido construido como un derecho “positivo”, basado en la comunidad, e implica la conjunción de recursos y la asignación redistributiva (de ricos a pobres y de sanos a enfermos) y la promoción de reciprocidad y solidaridad.

En contraste, el Tribunal de Justicia de la UE alude en su regulación a la sanidad como derecho “negativo” (en el sentido de ausencia de coacción, como por ejemplo, el derecho que protege la libertad individual) (92). Habiendo determinado las actividades médicas dentro del conjunto de libertades fundamentales de prestación de servicios, se entiende que todos tienen derecho a buscar asistencia sanitaria en cualquier lugar de la UE, de forma que debe justificarse cualquier obstáculo que se oponga a esta libertad, como las regulaciones de los sistemas o esquemas públicos de aseguramiento. Pero es que, además de todo lo anterior, el propio seguimiento clínico supone un problema adicional, ya que Europa no tiene un sistema estandarizado para compartir los registros de pacientes y, de hecho, en España la historia clínica electrónica ni siquiera es plenamente accesible desde las distintas áreas de atención de la salud de una comunidad autónoma, y mucho menos entre las comunidades autónomas.

La transferencia de las historias clínicas de un país a otro en un lenguaje comprensible para todos supone un reto complejo y, aunque técnicamente existen posibles soluciones (96), hoy por hoy este desafío no se ha resuelto. Otros problemas que están sobre la mesa son los dilemas relativos a en quién recae la responsabilidad médica, la organización y

planificación de los servicios, cómo asegurar la cobertura para las enfermedades raras en los centros de referencia europeos, la asistencia sanitaria para los jubilados que residen entre dos países (por ejemplo, cuando pasan un semestre en un país -en temporada de invierno- y el semestre restante en el otro), la aplicación de los estándares de calidad y de los protocolos de atención, el reembolso y la disponibilidad de los medicamentos recetados, y así la lista sigue con problemas aún pendientes de solución de manera transparentemente inteligible.

Greer y Jarman analizan las dificultades que entraña imponer un único mercado en los cuidados de salud (97). Así, distinguen dos alternativas de medidas de integración: las reactivas, consistentes en eliminar barreras legales y burocráticas que van identificándose como incompatibles con los principios de la Unión, y las proactivas, que introducirían nuevas normas que garantizarán la armonización de los mercados, las políticas y la legislación. Mientras que la alternativa reactiva parece en teoría bastante sencilla, pues descansa solo en las justificaciones legales para invalidar las limitaciones a la libre circulación (aproximación de valoración de derecho “negativo” mediante sentencias del Tribunal de Justicia de la UE), existen grandes resistencias por parte de los Estados miembros con más poder a que esta sea la forma de abordar el reto. Esto es así por el temor a perder soberanía y ante las dudas de promover una potencial avalancha de demanda difícil de manejar.

Por otro lado, articular normativa proactiva adicional para garantizar la asistencia es algo bastante complejo, y entraña numerosos problemas debido al limitado alcance de las competencias europeas en los sectores sociales y a las dificultades inherentes a la construcción de consentimiento unánime para ceder la soberanía y la autoridad sobre los sistemas nacionales. Esta integración sin determinación, que domina en la política sanitaria de la UE, dice lo que los Estados miembros deben hacer, pero no llega a proporcionar los mecanismos para realizarlo. Tampoco hace nada para construir un mercado único de salud, lo que genera incertidumbres sobre la forma como comercializar servicios de por sí inconmensurables (98).

En la práctica, algunas de estas dificultades son superadas a un “nivel micro”, según cada caso, dependiendo de lo que sea necesario y apro-

piado (por ejemplo, los acuerdos más legítimos en la negociación de los servicios transfronterizos entre España y Francia no vendrán de decisiones tomadas en Bruselas, sino de acuerdos entre París y Madrid, mejor aún si el acuerdo surge a partir de discusiones entre Vitoria y Bayona o zonas vecinales transfronterizas). Los acuerdos contractuales transfronterizos así establecidos entre actores de dos Estados miembros que comparten frontera para la movilidad de pacientes pueden ajustarse mejor, como “trajes a medida”. Estos actores pueden ser proveedores (públicos o privados), aseguradores (públicos o privados) y/o instituciones (locales, regionales o nacionales). Estos contratos normalmente establecen el alcance del acuerdo concreto, especifican las condiciones financieras y tratan otros aspectos organizativos (como puede ser el transporte al hospital del otro país, al hospital extranjero y el retorno y seguimiento tras el alta...) (92).

En otros casos, los más relacionados con transacciones a corto plazo, los pacientes serán los que tomen sus propias decisiones acerca de la calidad y la seguridad, con poca probabilidad de que llegue a la mesa del Tribunal de Justicia de la UE para juzgar si los estándares no se han respetado. Estas decisiones son compatibles no por tratados o sentencias del Tribunal de Justicia, sino por información local, rumores, y por recomendaciones de amigos, familiares y colegas. Por último, los sistemas de salud nacionales y locales han seguido una política de “cumplimiento prudente o contenido”, aplicando las políticas europeas lo más estrictamente posible a fin de contener el caos desregulador que podría resultar de la plena aplicación de directivas europeas de por sí incompletas.

Esto no quiere decir que haya habido una completa dejación o pasividad ante el reto de la movilidad de pacientes y la atención sanitaria transfronteriza. Desde luego ha sido objeto de múltiples análisis y debates, todos los cuales han llevado hasta ahora a ciertos desarrollos. Y como comentamos antes, disponemos ya de amplias experiencias con una gran variedad de soluciones y acuerdos alternativos establecidos entre los países para aprovechar el potencial positivo de ahorrar dinero y proporcionar una atención de alta calidad a los pacientes. Estos acuerdos contractuales tienen ciertas ventajas para los usuarios y los proveedores; para los usuarios porque pueden aliviar la presión sobre sus propios sistemas, reduciendo las listas de espera y accediendo a

servicios de buena calidad, que a veces no están disponibles en su propio país. Por ejemplo, Noruega ha tratado a pacientes en España en Reumatología, Rehabilitación y Cuidados de Larga Duración desde el año 2001, aprovechando los precios más bajos y un clima más agradable donde ofrecer mejores servicios a sus ciudadanos. De la misma manera, los proveedores pueden predecir qué servicios serán necesarios y recibir una compensación justa por ellos, dando así lugar a un flujo de ingresos económicos desde el extranjero que apoyan a equipos profesionales cualificados (99).

Los tipos de ajustes anteriormente mencionados representan, al menos por el momento, lo mejor de lo que la UE tiene que ofrecer. Pero para apoyar y promover de manera efectiva estos ajustes, la UE tendrá que tomar las medidas necesarias en orden a garantizar la armonización en diversos ámbitos relacionados con las normas de calidad y seguridad, cuestión que se analizará en un apartado posterior.

3.3.3.2. Políticas de recursos humanos y movilidad de profesionales sanitarios

Como en el caso de la movilidad de pacientes y de la atención sanitaria transfronteriza, la integración o armonización en la UE en materia de recursos humanos sanitarios se caracteriza de forma genérica por su carácter reactivo (siguiendo lo que se viene a denominar un modelo de derecho “negativo”), en el sentido de que las regulaciones y sentencias judiciales tienden a eliminar las barreras que se van identificando a la libertad de movimientos de acuerdo con principios genéricos del Tratado de la Unión Europea. De nuevo esto se impone al modelo de derecho “positivo” o desarrollo proactivo de un acervo jurídico que constituya una plataforma común de acción. Este es el caso no solo de la Directiva 2005/36/EC sobre reconocimiento mutuo de cualificaciones profesionales (100) (*on the mutual recognition of professional qualifications*) -uno de los elementos legislativos más relevantes en el engranaje legislativo sobre esta materia-, sino también en el caso de las sentencias del Tribunal de Justicia de la UE relativas al acceso a educación médica para estudiantes que provienen de otros Estados miembros. Como en otros elementos de esta integración reactiva (más que proactiva), todo ello se sostiene o justifica a partir de los tratados de la UE y de principios jurídicos genéricos, pero las complejidades inherentes al sector sanitario

hacen difícil para los Estados miembros la implementación operativa de estas líneas conceptuales.

Hay otras políticas paralelas que pueden tener una relación colateral con el sistema sanitario, como la Directiva de la Jornada Laboral y los acuerdos de Bolonia (ambas se revisarán brevemente más adelante), que son más proactivas a la hora de intentar armonizar diferentes áreas de acción, pero a menudo estas regulaciones no tienen en cuenta las especificidades del sector de la Sanidad y corren el riesgo (como en el caso de la regulación de la jornada laboral) de causar disrupciones en prácticas establecidas sobre turnos laborales y otras cuestiones relacionadas y que vienen funcionando bien en los servicios sanitarios de los Estados miembros.

En cualquier caso, si hay algo que tengan en común todas estas regulaciones y referencias normativas es que resultan incompletas; las directivas, sentencias del Tribunal de Justicia de la Unión Europea y otras regulaciones han resuelto algunas cuestiones mientras que han dejado otras abiertas a debates, disputas y reclamaciones.

La situación actual en relación a los recursos humanos profesionales sanitarios en la UE es muy compleja, y necesitaría un gran espacio para su análisis, y se examina en detalle en el trabajo de Peeters y colegas (101). Aquí simplemente trataremos de sintetizar o abordar algunos de los temas más importantes sobre esta materia específica.

La citada Directiva 2005/36/EC es probablemente la más específica en términos de su impacto sobre el personal laboral en Sanidad. Básicamente delinea la estructuración de referencia para el reconocimiento mutuo de médicos (generalistas y especialistas), profesionales de enfermería y matronas, odontólogos, veterinarios y farmacéuticos, y establece unos requerimientos de adiestramiento básico y la obligatoriedad de cumplimiento del principio de no discriminación. Este afirma que los Estados miembros deben reconocer las titulaciones médicas y sanitarias certificadas en otros países de la UE. La directiva se basa en la premisa de que la educación médica, farmacéutica, veterinaria y de enfermería es similar en los diferentes países de la UE y, por tanto, la licenciatura o diplomatura conseguida en un país debería ser válida en otro Estado

miembro de la Unión. Los legisladores reconocieron de forma implícita las complejidades de dicha aproximación en el artículo 15 de esta directiva, que establece “plataformas comunes”, o criterios compartidos, para las cualificaciones profesionales. Así se trata de compensar las diferencias objetivas en los requerimientos que se observan en el adiestramiento de los diferentes profesionales sanitarios. La directiva también aborda (al menos en parte) las complejidades derivadas de la existencia de especialidades no siempre homogéneas. Por ejemplo, la Dermatología y la Venereología solo existen como tal en algunos países. ¿Se debe entonces reconocer el carácter de especialista en dicha materia en otro país que carezca de esta especialidad? Inicialmente se reconocía la cualificación de estos profesionales en países donde la especialidad era de por sí reconocida. Sin embargo, teniendo en cuenta la diversidad de las titulaciones de especialidades médicas en Europa, y para evitar listas interminables de cualificaciones solo válidas en unos pocos países, la normativa vigente ha limitado las nuevas solicitudes con potencial de aprobación a las que ya existen en dos quintos (el 40%) de los Estados miembros. Aunque los dos ejemplos arriba descritos no han clarificado todas las contingencias posibles en los terrenos correspondientes, al menos crean un marco legal para muchas de las situaciones de reconocimiento profesional.

Quedan otros desafíos obvios en este terreno que no tienen respuesta en esta directiva o en normativa paralela europea. Por ejemplo, existe una muy vaga definición de las reglas básicas para profesionales que administran cuidados utilizando plataformas de telemedicina (102) (como es el caso en que un médico presta servicios a un paciente que está en otro país). De la misma forma, tampoco se delinear de forma suficiente ciertos aspectos relacionados con la cualificación para mejorar las habilidades profesionales y garantizar la seguridad de los pacientes, tales como formación médica continuada o las reválidas/evaluaciones de garantía periódica de cualificación. En la práctica, los países están obligados a reconocer cualificaciones médicas que tengan validez en el país de origen del profesional, incluso en el caso de que en el país receptor estén vigentes regulaciones que obliguen a los profesionales médicos a recertificaciones periódicas a través de créditos de formación médica continuada obligatorias para mantener su derecho a ejercer la medicina.

Otro reto pendiente de resolver es el protocolo para abordar procedimientos disciplinarios a los que pueda estar sujeto un profesional. Mientras es cierto que los Estados miembros deben proporcionar a otros países de la UE información relevante a través del denominado “Certificado Europeo de Estatus Profesional Actualizado” (*European Certificate of Current Professional Status*) (103), no existe un protocolo preciso de cómo proceder en caso de que haya pendiente una demanda por mala praxis en otro país, de manera que deja a cada Estado miembro libertad para formular su propia política sobre cómo informar de estos extremos a las autoridades de otros países potencialmente receptores de los citados profesionales.

Hay asimismo problemas pendientes de resolver y que tienen que ver con reclutamiento de profesionales sanitarios extranjeros (especialmente enfermeras) en otros Estados miembros. Dada la escasez de profesionales en casi todos los países, y la considerable variabilidad en salarios e incentivos entre países de la UE, el “robo de cerebros” (expolio o huida de profesionales) es una amenaza para muchos países, entre ellos España, donde, en el contexto de la crisis económica, los recortes y la falta de ofertas de trabajo pueden llevar a profesionales cualificados a buscar oportunidades más allá de las fronteras españolas. Este fenómeno no solo representa una pérdida de recursos profesionales tras una inversión en formación importante, sino también un riesgo para la planificación y provisión de servicios (104).

Un aspecto adicional de riesgo de desestabilización en la planificación de recursos humanos se deriva de la actual impredecibilidad del propio proceso de integración de la educación médica. Ciertos países (entre ellos España) aplican políticas de *numerus clausus*, limitando el número de estudiantes nacionales y extranjeros que pueden recibir educación médica, ello debido a razones de planificación. Esto es particularmente relevante entre países que comparten la misma lengua (como, por ejemplo, Alemania y Austria; o como Francia y Bélgica), por razones obvias.

Sin embargo, bajo la directiva 2005/36/EC, los candidatos que no pueden estudiar en su país natal, tienen derecho a presentar su solicitud para estudiar y obtener su licenciatura médica en otro país, y volver al suyo, o viceversa. Por ello, la política de *numerus clausus* -solo aplicada en algunos países- puede fracasar en su objetivo de proveer una fuerza de trabajo apropiada a las necesidades del país que la aplica. El Tribunal de

Justicia de la UE ha tendido que dictaminar en casos complejos, mientras los Estados miembros están redoblando sus esfuerzos para controlar su población estudiantil. Así las cosas, este asunto está aún en periodo de desarrollo con consecuencias difíciles de prever de forma precisa. Aunque este asunto es solo de relevancia limitada para España (dado el número reducido de cursos disponibles en inglés y el solo relativo interés de otros ciudadanos de la UE por participar en formación impartida en español), el hecho es que es una cuestión trascendente para alguno de los países con más influencia en la UE (Francia, Alemania y el Reino Unido), y ello significa que un proceso de relativa armonización de recursos humanos sanitarios puede ser atractivo en la agenda europea. Esto tendría implicaciones profundas para todos los Estados miembros, que deberían informar de manera más clara a la Comisión Europea sobre los criterios que han de superar en cada caso los profesionales sanitarios.

Otra pieza legislativa europea que tiene un impacto significativo en los recursos profesionales y en fuerza laboral es la Directiva sobre jornada laboral u horarios de trabajo (*Working Time Directive, consolidated version 2003/88/EC*) (105), que fija el número máximo de horas de trabajo en 48 por semana. En su núcleo, esta normativa está enraizada en la protección de los trabajadores europeos, incluidos los sanitarios, a los que tradicionalmente se les ha venido exigiendo excesivo número de horas en el puesto de trabajo, a menudo en detrimento de su propio bienestar o (en el caso del sector salud) en detrimento de las personas bajo su cuidado (106). No obstante, y particularmente en el contexto de escasez de profesionales sanitarios, la directiva ha forzado a las autoridades sanitarias a modificar tanto el adiestramiento de los médicos internos residentes (tradicionalmente sometido a un amplio horario de trabajo) como la planificación operativa de la fuerza laboral sanitaria en general. Las implicaciones para la continuidad de los cuidados a pacientes son obvias, así como el impacto que esta directiva ha tenido sobre el trabajo de pequeños hospitales, que tienen dificultades para mantener la rotación requerida de médicos por especialidad, lo que les ha forzado a tener que unirse a otros hospitales y en algunos casos ha creado problemas de disponibilidad y acceso en poblaciones rurales.

Las horas de atención localizada (“guardias localizadas” o lo que internacionalmente se conoce como “*on-call hours*”) han sido también

un asunto sujeto a debate, y en el veredicto del caso Jaeger el Tribunal de Justicia de la UE sentenció que si los profesionales están obligados a permanecer en el sitio de trabajo, estas horas “de disponibilidad” contarían frente al límite anteriormente citado y que se fija por semana (107). Se ha estipulado que los profesionales pueden optar voluntariamente por no reclamar esa limitación y, de hecho, en España se ha dado a los trabajadores sanitarios la opción de saltarse esa limitación. Sin embargo, el denominado caso Pfeiffer dejó claro que estas exclusiones o renunciaciones no deben, en ninguna circunstancia, darse por sentadas sin expreso consentimiento, incluso en el caso de los convenios colectivos (108); por tanto, el sector hospitalario tendrá que tomar medidas para proteger los derechos de los trabajadores mientras a la vez intenta mantener el acceso continuo a servicios y cuidados para los pacientes.

Por último, y también en relación a la educación médica, merece revisarse, aunque solo sea de forma breve, el impacto o las consecuencias de los Acuerdos de Bolonia (109). Este proceso se llevó a cabo buscando la armonización de los programas educativos con objeto de garantizar la comparabilidad de la calidad y los estándares para la nueva generación de profesionales. Aunque absolutamente necesario, sobre todo en el contexto de la Directiva 2005/36/EC antes citada, esto ha traído consigo nuevos desafíos para muchos países, entre ellos España. Los acuerdos de Bolonia no se ceñían a la homogeneización de estudios universitarios, sino que modificaron el dintel de lo que se consideraba aceptable e intentaron dar un impulso a la innovación y mejora de la calidad educativa.

Sin embargo, este no es un proceso que pueda llevarse a cabo de forma completa de la noche a la mañana, por lo que, aunque los acuerdos ya entraron en vigor en el año académico 2010-2011, España no podrá cumplir de forma realista todos sus compromisos en el futuro inmediato. Ello se debe en primer lugar a la necesidad de mejorar en cantidad y calidad el profesorado, sobre todo para manejar los requisitos de formar en experiencia clínica práctica a los estudiantes. Así mismo, se requerirá una mayor inversión de recursos para el sistema universitario, tanto en profesionales cualificados como en el desarrollo de un sistema apropiado de evaluación que mida la calidad del aprendizaje y el rendimiento de los estudiantes (110). Estas aspiraciones parecen casi utópicas en

el contexto actual financiero y político, pero tarde o temprano deberá darse un impulso a toda esta área a fin de hacer posible el cumplimiento de los compromisos adquiridos cuando se firmaron los acuerdos de Bolonia.

Teniendo en mente las consideraciones expuestas en esta sección, podemos especular sobre algunas implicaciones para España en los años venideros. En primer lugar, parece evidente que la cohesión y articulación integrada de la fuerza laboral sanitaria de la UE es actualmente muy incompleta, y en el corto plazo es improbable que eso cambie. Sin embargo, también parece que solo cabe esperar movernos en la única dirección lógica, avanzando en este terreno. Así, de cara a adaptar de forma coherente las políticas de salud a los principios que inspiran la UE, España tendrá que formular una estrategia -asignando los recursos básicos imprescindibles- para llevar a cabo lo que se ha comprometido a realizar y mejorar/equiparar el sistema universitario y la planificación de recursos humanos en línea con las políticas acordadas en la UE.

Este punto parece importante en el contexto del potencial “rescate” económico al que España puede verse sometida (en el momento de escribir este capítulo, algo aún sin definir). Si la “troika” prescribe la misma aproximación de “mano dura” y exigente a España, como ya lo ha hecho con Grecia, Portugal e Irlanda, es más que probable que las autoridades españolas tengan que esforzarse con uñas y dientes por negociar un acuerdo que no suponga un extraordinario impacto en los servicios públicos. En ese sentido, los compromisos europeos pueden convertirse en una posible carta bajo la manga que pueda jugarse para proteger los programas esenciales en los servicios de educación y salud de los recortes que pueden llegar a ser excesivos y perjudiciales. De hecho, puede (y debe) defenderse la alternativa de que si los acuerdos europeos no se pueden cumplir razonablemente solo con recursos nacionales, la UE debería intervenir para ayudar (y no para hacer más daño) a que los programas y servicios sociales comprometidos se alcancen utilizando para ello fondos de cohesión u otros instrumentos prácticos (111). La idea de que los más altos estándares para los servicios y programas deben ser satisfechos por los distintos países por su propia cuenta es inviable en una UE con niveles tan dispares de riqueza y recursos, máxime en un periodo en el que las diferencias se han hecho incluso más agudas en el contexto de la crisis financiera.

3.3.3.3. Seguridad de los pacientes y garantía de calidad de los servicios de salud

Dos argumentos contradictorios convergen en la cuestión de cuál debe ser el papel de la UE en orden a garantizar las normas de calidad de los servicios de salud en los países que la forman.

Por un lado, los sistemas de salud están bajo la responsabilidad exclusiva de los Estados miembros, lo que significa que los estándares de calidad también deben ser establecidos, en principio, por las autoridades nacionales. Esto está sustentado por el vigente Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (que forma parte del desarrollo del Tratado de Lisboa vigente desde 2010), que afirma en el punto 7 del reiteradamente citado artículo 168 que: “La acción de la Unión en el ámbito de la salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y a la atención médica. Las responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios”.

Por otro lado, lo anterior al mismo tiempo no solo colisiona con el concepto de “libertad de movimientos” que constituye la columna vertebral de acción de la UE, sino con otra estipulación del propio artículo 168 arriba citado, dado que en su punto 2 se afirma: “La Comisión, en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación, en particular iniciativas tendentes a establecer orientaciones e indicadores, organizar el intercambio de mejores prácticas y preparar los elementos necesarios para el control y la evaluación periódicos. Se informará cumplidamente al Parlamento Europeo”.

En realidad, en tanto en cuanto que los productos con un impacto en la salud traspasan las fronteras nacionales (por ejemplo, medicamentos, dispositivos médicos, productos nutritivos, tejidos humanos...), estos deben ser regulados de una manera supranacional, mientras que los servicios de salud que se ofrecen de forma acotada al territorio nacional (y por tanto no se “mueven”) no estarían bajo obligación europea. Sin embargo, no podemos olvidar que los ciudadanos europeos cruzan fron-

teras, y aunque los servicios o productos no se muevan geográficamente, las personas de los diferentes Estados miembros sí se mueven y utilizan esos servicios. Esto implica la necesidad de garantizar un nivel mínimo de calidad y seguridad en los servicios de salud. En el corazón de la directiva de la UE sobre la asistencia sanitaria transfronteriza queda expresada la idea de que los ciudadanos deben recibir servicios sanitarios de calidad contrastada dondequiera que estén. Del mismo modo, los profesionales sanitarios que optan por migrar a otro país de la UE deben tener calificaciones equiparables para ejercer en el país de acogida, al igual que un médico andaluz que se traslada a Galicia (o viceversa) debe ser capaz de mantener los mismos estándares de servicios.

Hasta ahora, el papel de la UE en cuanto a garantizar la calidad se ha limitado a la facilitación de estándares clínicos y de calidad que los sistemas de salud pueden utilizar como un recurso para sus propios sistemas nacionales de garantía de calidad. Se han ido generando normas europeas (en forma de guías) que tienen por objeto proporcionar de manera eficiente un conjunto de estándares para las áreas de práctica clínica, lo que elimina la necesidad de que los Estados miembros tengan que hacer esto de forma independiente y por tanto favorecer la homogeneización de las normas en los diferentes países. Aunque esto no llega a impedir o disuadir de la elaboración de guías clínicas dispersas, hay que reconocer que, sin embargo, esta práctica hace que las guías protocolizadas heterogéneas en cada país sean innecesarias o redundantes.

No obstante, basándose tanto en los datos objetivos que emanan de indicadores epidemiológicos como en las percepciones de los ciudadanos sobre la seguridad sanitaria y hospitalaria, las medidas no vinculantes son claramente insuficientes a la hora de garantizar la seguridad de todos los pacientes europeos. Se estima que en los Estados miembros de la UE entre un 8% y un 12% de los pacientes sufren efectos adversos en el proceso de asistencia médica hospitalaria. Del mismo modo, el Centro Europeo de Control de Enfermedades (European Centre for Disease Prevention and Control) (112) calcula que las infecciones asociadas en este proceso afectan a un 5% de los pacientes hospitalizados, lo que equivale a 4,1 millones de pacientes y produce 37.000 muertes cada año. En cuanto a las percepciones de los europeos, el Eurobarómetro de 2010 demuestra lo siguiente: la mitad de los encuestados creía que el

riesgo de sufrir daños durante los cuidados en un hospital era “bastante probable” o “muy probable”, y las desigualdades registradas entre las respuestas según país de origen son reveladoras. Hasta un 83% de los griegos pensaba que este riesgo era probable, pero solo el 19% de los austriacos (113).

La Comisión no ha pasado por alto semejante problemática y se ha marcado como objetivos para los próximos años garantizar una mayor y mejor información a los pacientes acerca de su seguridad, además de una formación de los profesionales de salud dirigida a una práctica segura, aumentar la conciencia de la propia seguridad entre los pacientes y estandarizar los procedimientos de seguridad, así como las definiciones y la terminología. Con el fin de apoyar y promover de manera efectiva estos ajustes, la UE tendrá que tomar las medidas efectivas para garantizar la armonización en diversos ámbitos relacionados con las normas de calidad y seguridad. Legido-Quigley y colaboradores (114) revisan en un buen trabajo diferentes iniciativas adoptadas para asegurar la calidad en los distintos países o en una serie de países (por ejemplo, las normas ISO, la Evaluación Práctica Europea...), y describen las áreas necesarias para asegurar un sistema de salud de alta calidad, sistematizadas en los siguientes apartados: 1) los medicamentos y dispositivos médicos, 2) formación de los profesionales de la salud, 3) registro, autorización y acreditación de los servicios, 4) seguridad del paciente, 5) guías clínicas, 6) revisión por pares y 7) indicadores de calidad. En definitiva, hemos de pasar de meras palabras a los hechos para mejorar en lo que se refiere a calidad asistencial y seguridad del paciente.

3.4. FUTURIBLE DESDE LA ESPERANZA: DESDE EL DIAGNÓSTICO AL PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO. VISIÓN DE UNA UE QUE SEA PARTE DE LA SOLUCIÓN EN EL 2020 Y MÁS ALLÁ

Para hacer un pronóstico sobre el futuro, hay que diagnosticar el presente. Y si queremos influir en nuestro devenir, en esta metáfora de atención a pacientes, hay que prescribir o proponer un tratamiento. En las páginas anteriores hemos dado un paseo sobre la “anatomía” de la Unión Europea (UE) (los aspectos de estructura y actores o grupos institucionales y no gubernamentales), la “fisiología” (el funcionamiento derivado de interacciones en el conjunto de actores con intereses contrapuestos), y se han ido señalando aspectos de su “patología” (las disfunciones que surgen a partir de interacciones complejas). Así, la Unión Europea sufre una esquizofrenia, en términos de ambivalencia afectiva, dado que coexisten de forma simultánea sentimientos de repulsión y atracción en relación con la Sanidad. Porque, por un lado, la considera un servicio de naturaleza “social” que es competencia exclusiva de los Estados miembros y que, por tanto, no requiere de regulación UE, por lo que esta a veces preferiría ni hablar del tema, y, por otro, al reclamar la UE su capacidad reguladora para el objetivo de un mercado común, con libertad de movimiento de personas, bienes y servicios, en el fondo surge la atracción y necesidad de participar en la regulación de la sanidad, dado que los sistemas sanitarios nacionales llevan aparejados movimientos europeos de personas (pacientes y profesionales), bienes (medicamentos y productos sanitarios), y servicios (compañías y proveedores sanitarios).

En cuanto al tratamiento, soy de los que consideran que invertir en salud es invertir en riqueza y desarrollo de la sociedad. Pero no es cuestión de lo que yo piense a título individual o de manera excepcional. España y el

resto de Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud para Europa suscribieron en el 2008 la denominada Carta de Tallín para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Se afirmó de manera rotunda que los sistemas sanitarios son fuente de salud y riqueza. Más allá de su valor intrínseco, la mejora de la salud contribuye al bienestar social a través de su impacto en el desarrollo económico, la competitividad y la productividad. Los sistemas de salud y el sector sanitario en general constituyen ejes importantes de las economías nacionales en términos de empleo e innovación (115).

Desde la óptica social, los ciudadanos en general y los pacientes en particular necesitan tener conciencia de una UE sólida que se preocupa de los derechos básicos de su ciudadanía.

Desde el punto de vista de nuestro país y de su capacidad de influir en la UE, es imprescindible el fortalecimiento de la voz de España en lo que respecta a las políticas europeas. La estabilidad de los representantes nacionales, habitual en los países del norte de Europa, contrasta con la volatilidad y variabilidad de los representantes del sur, lo que constituye una situación objetiva de desventaja para España en términos de representación e influencia en orden a la defensa de los intereses nacionales (116). España presenta características que le convierten en un modelo para muchos países de Europa, por lo que podemos aprender de cómo actúan otros países (117). Así, en este complejo entramado de relaciones con la Unión Europea, la asertividad debe prevalecer sobre la agresividad o sobre, en el otro extremo, la pasividad y la timidez.

Desde el punto de vista de ciudadanía europea, aparecen de cara al 2020 una serie de retos y oportunidades para nuestro sistema sanitario, y para que la UE ejerza un cierto protagonismo influyendo en su destino.

Por un lado, cuando escribimos este texto, estamos en plena crisis económica de la que, ojalá, poco a poco iremos saliendo, pero que apunta a un panorama de disminución de ingresos del Estado junto a la necesidad de un control férreo de los gastos a la búsqueda de la mayor eficiencia, y a una [colaboración transfronteriza](#). La UE deberá asumir el papel fundamental de [coordinador](#) más que el de mero [regulador](#). No se trata de imponer un modelo asistencial, sino de facilitar la movilidad de

los pacientes adaptándose de la mejor manera posible a los actores que pueden ser proveedores (públicos o privados), aseguradores (públicos o privados) y/o instituciones (locales, regionales o nacionales).

Por otro lado, el Tratado de la Unión y la aspiración de una dimensión europea con ciudadanos más asertivos otorgará un mayor papel a las exigencias de protección de la salud, prevención de enfermedades, calidad de los productos y servicios sanitarios, y seguridad del paciente, lo cual implicará una mayor **comunicación, participación, uso adecuado de tecnologías y buenas prácticas**. Internet permitirá acceder a información sobre salud y sobre la calidad de la atención sanitaria en cualquier lugar de la UE. Las asociaciones de pacientes y los grupos de interés tendrán un papel más asertivo, mientras que la comunicación se volverá una responsabilidad esencial, especialmente para afrontar las enfermedades crónicas (118). Y la sociedad de la información, y en particular la iniciativa e-Europa, deberá contribuir al objetivo de disponer de una **tarjeta sanitaria única** o compatible en todos los países de la UE, y la interoperabilidad de la **historia clínica electrónica**.

Adicionalmente, tenemos que ser consecuentes con el marco que nos hemos dado de mercado único, lo que implica libertad de circulación, movilidad de ciudadanos (la crisis no ha hecho sino incrementar el flujo de salidas y entradas), e incremento de la **capacidad de elección**. Los medicamentos innovadores (incluidos los medicamentos “huérfanos”) seguirán siendo evaluados y monitorizados con el mayor rigor, y los productos sanitarios sometidos a controles mucho más rigurosos que ofrezcan más garantías de seguridad para la salud de los ciudadanos.

Por último, si queremos de verdad ir hacia el desarrollo económico sostenible y la competitividad que nos hemos propuesto en la “Agenda de Lisboa”, esto tendrá que pasar por una mayor cohesión social y el **apoyo a la consolidación del sistema de salud** (en nuestro caso, el Sistema Nacional de Salud) en cada país. La evaluación de tecnologías sanitarias atenderá a criterios transparentes y basados en la evidencia objetiva, compartida entre los diferentes sistemas sanitarios. La fijación de precios seguirá una metodología compartida y objetiva. Y los centros de referencia ayudarán a canalizar la energía de Europa y la masa crítica profesional con enorme potencial para abordar afecciones raras o infrecuentes, que no tienen

abordaje fácil contando solo con los recursos de un país más o menos reducido. Lógicamente las reglas de juego deberán establecerse de forma razonada para que estos centros de referencia sean sostenibles. Teniendo en cuenta la dinámica actual, es improbable que para el 2020 se llegue a definir, como yo creo necesario, una cartera básica de servicios sanitarios a la que tenga derecho explícito cualquier ciudadano de la UE.

Sin embargo, sí que creo viable avanzar en la transparencia y compartir una base común de definición de políticas sanitarias, provisión servicios, y recursos sanitarios de calidad. También en el establecimiento por consenso basado en la evidencia de protocolos clínicos establecidos y estándares de calidad homogéneos. Aquí es importante apostar por fortalecer una Atención Primaria efectiva (centrada en la atención al paciente en su conjunto, con seguimiento longitudinal de su trayectoria vital, más que en una atención reactiva a la enfermedad del momento aislada del concepto del paciente como ser evolutivo), y la necesidad de un enfoque integrado (promoción, prevención y tratamiento).

Como han ido sugiriendo diversos autores citados a lo largo de este capítulo, la UE ha de hacer un esfuerzo en áreas como los medicamentos y, de forma especial, los productos sanitarios y los dispositivos médicos; la formación de profesionales de la salud; el establecimiento de registros y protocolos de concesión de licencias y acreditación de establecimientos; la apuesta por la máxima seguridad del paciente; y los indicadores, seguimiento de normas ISO, revisión y evaluación por pares y auditorías de calidad.

Para concluir, recordemos que la idea original defendida por los padres de lo que hoy es la UE era el principio de que la acción común resultaba más eficaz que la de los Estados por separado, y que una serie de sectores deberían ser gobernados o coordinados por instituciones democráticas e independientes de dichos Estados; en ese momento determinaron, a tenor del contexto y del análisis de los problemas entonces conocidos, que esos sectores eran el mercado interior, la moneda, la cohesión económica y social, la política de empleo, la política exterior y de defensa y la creación de un espacio de libertad y seguridad. Creo que Spinelli, Monnet, Schuman, Adenauer y los restantes líderes que posibilitaron este sueño que es la UE acertaban en la idea, pero también creo que a esa lista

habría que añadir la salud. Y eso es aún más así si recordamos que la UE gasta más del 8% del producto interior bruto (porcentaje que va paulatinamente creciendo), y que los empleos en el ámbito sanitario suponen el 10% de la fuerza laboral europea. Es decir, la salud (o la mala salud) es un factor determinante, que conlleva un gasto significativo o una inversión positiva (según se mida), y al que quizás no se le ha prestado hasta ahora la atención debida desde una dimensión europea. Además, los ciudadanos de esta Unión ya no llegan a entender diferencias en derechos, protección o mercado y empiezan a exigir ser tratados de la misma manera allí donde se encuentren en la UE. Existe la libre circulación de bienes, servicios, capital y personas y, por tanto, de medicamentos, servicios sanitarios, capital, profesionales sanitarios y pacientes.

Por eso, desde el punto de vista de la financiación, y de acuerdo con autores como Burgoon y otros que proponen una unificación de responsabilidades, apostaría por la [suficiencia financiera](#), llegando a la utilización de fondos estructurales si es preciso para garantizar el derecho básico a la asistencia sanitaria (119, 120).

Permítaseme añadir una reflexión a partir de un artículo relativamente reciente de un miembro del Consejo Europeo de Relaciones Exteriores, Timothy G Ash (121). Tras afirmar que Europa está perdiendo protagonismo en la política mundial, el autor defendía que no es este un asunto que solo interese a diplomáticos y políticos de alto nivel, sino que también debería importar a todos los ciudadanos, porque llevamos ya algún tiempo sufriendo todos, tanto los de arriba como los de abajo (pero más los de abajo), las consecuencias negativas de la globalización: en nuestro trabajo, en nuestros ahorros, en nuestras hipotecas, en nuestra seguridad y en nuestra salud. Incluso citaba alguna de las causas de esas consecuencias negativas, una de las cuales es la amenaza de enfermedades individuales y colectivas (como pandemias) que, como su nombre indica, no se circunscriben a un país, sino que cruzan las fronteras indiscriminadamente. Concluía afirmando que no son cosas que cada Estado pueda afrontar por separado, de manera que es necesario apostar por una Europa más fuerte por el bien de todos.

Tengo la convicción de que si se va en esa dirección, ello redundará en la seguridad y sentido de pertenencia e identificación de proyecto UE de

todos los ciudadanos europeos. Además, la aplicación de un modelo de gestión coordinado entre la UE y los Estados miembros permitirá garantizar la sostenibilidad del sistema, mejorar su eficiencia e incorporar nuevos equipos tecnológicos que permitan ofrecer de una manera continuada una sanidad basada en la calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Treaty Establishing the European Steel and Coal Community (PDF) - signed 18/4/1951. Annex and Protocols. Disponible en: http://www.proyectos.cchs.csic.es/euroconstitution/library/historic%20documents/Paris/TRAITES_1951_CECA.pdf
2. Información básica sobre la UE. Disponible en: http://europa.eu/about-eu/basic-information/index_es.htm
3. The European citizens and the future of Europe – Eurobarometer - May 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_futur_en.pdf
4. Well-being – Aggregate Report – Eurobarometer - September 2011. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/wellbeing_final_en.pdf
5. Well-being in 2030 – Eurobarometer - September 2011. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/wellbeing_aggregate_en.pdf
6. Perceptions of the European Union: A qualitative study of the public attitudes and expectations of the European Union in the 15 Member States and in 9 Candidate Countries. OPTEM S.A.R.L - June 2001. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_perceptions_summary_en.pdf
7. Página web oficial de la Unión Europea. Disponible en: http://europa.eu/index_es.htm
8. La historia de la Unión Europea. Disponible en: http://europa.eu/about-eu/eu-history/index_es.htm
9. De la Mata I. La salud y la Unión Europea. *Rev Adm Sanit* 2009; 7: 541-8.
10. Sampedro JL. Debajo de la alfombra. En: *Reacciona*. Artal R (ed). Madrid: Grupo Santillana Ediciones Generales, S. L. 2011.
11. Barón de Montesquieu. *Del espíritu de las leyes*. Madrid: Tecnos 1972: 151-157.
12. Instituciones y organismos de la UE. Disponible en: http://europa.eu/about-eu/institutions-bodies/index_es.htm
13. Página web oficial del Parlamento Europeo. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/news/es>
14. Página web oficial del Consejo Europeo (European Council). Disponible en: <http://www.european-council.europa.eu/home-page?lang=es>
15. Consejo de la Unión Europea (Council of the European Union). Disponible en: http://europa.eu/about-eu/institutions-bodies/council-eu/index_es.htm

16. El Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPS-CO) del Consejo de la Unión Europea. Disponible en: <http://www.consilium.europa.eu/policies/council-configurations/employment,-social-policy,-health-and-consumer-affairs.aspx?lang=es>
17. Página web oficial de la Comisión Europea. Disponible en: http://ec.europa.eu/index_es.htm
18. Regulación 1/2003: sobre la implementación en la UE de las leyes de competencia. Disponible en: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/es/oj/2003/l_001/l_00120030104es00010025.pdf
19. Antequera JM. Las sentencias sobre servicios sanitarios recibidos en países distintos a los de residencia: la libre circulación de pacientes en la Unión Europea. Revisión e implicaciones. *Rev Adm Sanit* 2009; 7: 603-10.
20. Página web oficial del Tribunal de Justicia de la Unión Europea. Disponible en: http://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_7024/
21. Legido-Quigley H *et al.* Cross-border healthcare in Europe: Clarifying patients' rights. *BMJ* 2011; 342: d296.
22. Commission of the European Communities. Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Bruselas: 2008/0142 (COD). Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_en.pdf
23. Treaty of Lisbon: Taking Europe into the 21st century. Disponible en: http://europa.eu/lisbon_treaty/glance/index_en.htm
24. Memorandums of understanding between Troika and the governments of Greece, Ireland and Portugal. Disponible en: http://www.asktheeu.org/es/request/memorandums_of_understanding_bet
25. European Commission. The Economic Adjustment Programme for Greece, Fourth Review - Spring 2011. Brussels: European Commission 2011.
26. Economou M, Madianos M, Theleritis C, *et al.* Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011; 378: 1459.
27. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, *et al.* Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378: 1457-8.
28. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012; 22: 4-5.
29. Healy T, O'Farrell R. Exploring Alternative Fiscal Pathways. Dublin Economics Workshop October 2012. Disponible en: http://www.nerinstitute.net/download/pdf/alternative_fiscal_pathways_dew_.pdf

30. Martín-Moreno JM, Alonso P, Clavería A, Gorgojo L, Peiró S. Spain: a decentralised health system in constant flux. *BMJ* 2009; 338: b1170.
31. Asociación de Economía de la Salud. Documento de Debate. La Sanidad Pública ante la crisis: Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf
32. Urbanos R. Sistema sanitario, salud y sostenibilidad. Madrid: Fundación Ideas, 2012. Disponible en: http://www.fundacionideas.es/sites/default/files/pdf/DD-Sistema_sanitario_salud_y_sostenibilidad-Pol.pdf
33. EPAAC - European Partnership for Action Against Cancer. Disponible en: <http://www.epaac.eu/>
34. Matesanz R. El modelo español de coordinación y trasplantes. 2.^a ed. Madrid: Aula Médica S. L., 2008.
35. Zeitlin J, *et al.* European perinatal health report. 2008: INSERM.
36. European Parliament. Science and Technology Options Assessment. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/stoa/>
37. Martín-Moreno JM, Gorgojo L, González J, Wisbaum W. Health risk posed by silicone implants in general with special attention to breast implants. Final Study Report. Brussels: Scientific and Technological Options Assessment (STOA) of the European Parliament. 2000. Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2000/471573/IPOL-JOIN_ET\(2000\)471573_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2000/471573/IPOL-JOIN_ET(2000)471573_EN.pdf)
38. Martín-Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, Clark D, Normand C, Centeno C. Transforming research into action: A European Parliament report on palliative care. *Eurohealth* 2009; 15: 23-25.
39. European Commission. Together for Health: A strategic approach for the EU 2008-2013. COM(2007) 630 final. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_en.htm
40. The Seventh Framework Programme (FP7) Factsheet. Disponible en: http://cordis.europa.eu/fp7/understand_en.html
41. Torres Pérez A. La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Disponible en: http://www.upf.edu/constitucional/actualitat/PDFs/Torres_Pxrezx_Aida.pdf
42. Duke University's Fuqua School of Business. A Brief Guide to Understanding the Social Sector. Duke University, 2003. Disponible: <http://www.caseatduke.org/documents/abriefguidetounderstanding-socialsector.pdf>

43. Jovell AJ, Navarro MD, Bedlington N, Radulescu R, Olauson A. Realidades, expectativas y oportunidades para los pacientes en la Unión Europea. *Rev Adm Sanit* 2009; 7: 611-7.
44. Rabeharisoa V, Callon M. La participación de las asociaciones de pacientes en la investigación. OEI, 2012. Disponible en: <http://www.oei.es/salactsi/volona.pdf>
45. Transparency Register (Registro de la CE de los Grupos de Interés). Disponible en: <http://ec.europa.eu/transparency/regrin/>
46. Register of Expert Groups and Other Similar Entities (Registro de la CE de los Grupos de Expertos). Disponible en: <http://ec.europa.eu/transparency/regexpert/>
47. Your voice in Europe (Tu Voz en Europa - Consultas públicas de la CE). Disponible en: http://ec.europa.eu/yourvoice/index_en.htm
48. Carrillo M, García I, Cantón MA. La política de transparencia y los grupos de interés en la UE. EASP, 2008. Disponible en: <http://www.easp.es/es/system/files/La%20politica%20de%20transparencia%20y%20grupos%20de%20interes%20UE.pdf>
49. Parlamento Europeo. Los grupos políticos. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/es/007f2537e0/Political-groups.html>
50. Jakubowski E, Martín-Moreno JM, McKee M. The governments' doctors: the roles and responsibilities of chief medical officers in the European Union. *Clin Med* 2010; 10: 560-562.
51. Alianza de Pacientes. Meeting Summary Report: "Pandemic Flu: Public Health Approaches". Brussels: European Parliament; Oct 8th, 2009. Disponible en: <http://www.alianzadepacientes.org/pdfDocs/PFSR.pdf>
52. Martín-Moreno JM. Professional criteria in the control of communicable health threats. The perspective of a Medical Doctor - Public Health Specialist. Presentation at the European Parliament (Brussels) Oct 8th, 2009. Disponible en: <http://www.alianzadepacientes.org/pdfDocs/JMMartinMorenoPublicHealth.pdf>
53. Aquí Europa: El comisario Dalli dimite por acusaciones de tráfico de influencias. Disponible en: <http://www.aquieuropa.com/noticias/noticia.php?noticia=54182>
54. Watson R. New EU tobacco legislation is delayed after health commissioner resigns amid claims of knowledge of bribery attempt. *BMJ* 2012; 345: e7155.
55. Aquí Europa: Dalli exige a Barroso que rectifique. Contempla emprender acciones legales por ser 'forzado a dimitir'. Disponible en:

- <http://www.aquieuropa.com/noticias/noticia.php?noticia=54232&fecha=2012-10-24>
56. Mittermaier J. Record lobbyists' input: The spotlight is now on lobbying after John Dalli's resignation. *European Voice*, 25.10.2012. Disponible en: <http://www.europeanvoice.com/article/imported/record-lobbyists-input/75501.aspx>
 57. Iniciativa europea en favor de la transparencia. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/decisionmaking_process/ai0003_es.htm
 58. Libro verde - Iniciativa europea en favor de la transparencia. Disponible en: <http://www.transparencia.org.es/Libro%20Verde%20UE%20sobre%20Transparencia.pdf>
 59. Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (2010). Disponible en: http://europa.eu/pol/pdf/qc3209190esc_002.pdf
 60. European Commission. Europe 2020: for a healthier EU. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/europe_2020_en.htm
 61. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro blanco - Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2007/com2007_0630es01.pdf
 62. World Health Organization, Regional Office for Europe. WHO Health 2020: The European policy for health and well-being. WHO/Europe; 2012. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020>
 63. Krieger T, Traub S. Beveridge vs. Bismarck - An empirical analysis of the level of intragenerational redistribution in OECD pension systems. Disponible en: https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=iipf64&paper_id=141
 64. European Medicines Agency. Disponible en: <http://www.ema.europa.eu/ema/>
 65. Europa. Síntesis de la legislación de la UE. Medicamentos huérfanos. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/single_market_for_goods/pharmaceutical_and_cosmetic_products/l21167_es.htm
 66. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Programa "Europa Contra el Cáncer". Com (86) 717 Final. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:1987:050:0001:0055:ES:PDF>
 67. Martín-Moreno JM, Alfonso-Sánchez JL, Harris M, López-Valcárcel BG. The effects of the financial crisis on primary prevention of cancer. *Eur J Cancer* 2010; 46: 2525-2533.

68. Martín-Moreno JM, Anttila A, von Karsa L, Alfonso-Sánchez JL, Gorgojo L. Cancer screening and health system resilience: Keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis. *Eur J Cancer* 2012 Mar 15. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22424881.
69. Calvete A. Salud Pública en la Unión Europea. *Rev Adm Sanit* 2009; 7: 569-84.
70. Villalbi JR. Una política de salud pública para la Unión Europea. *Gac Sanit* 1994; 8: 153-4.
71. European Commission. The Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index_en.htm
72. Executive Agency for Health and Consumers. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eahc/>
73. Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, de la Rosa G, Marazuela R. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? *Transplant International* 2011; 24: 333-343.
74. European Centre for Disease Prevention and Control. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>
75. European Food Safety Authority. Disponible en: <http://www.efsa.europa.eu/>
76. Martín-Moreno JM, Doval A. Crisis alimentarias: Un abordaje integral. En: Aranceta J, Amarilla N (eds). Alimentación y derecho. Aspectos legales y nutricionales de la alimentación. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2010.
77. European Agency for Safety and Health at Work. Disponible en: <http://osha.europa.eu/en>
78. Research Executive Agency. Disponible en: http://ec.europa.eu/rea/index_en.htm
79. European Training Foundation. Disponible en: <http://www.etf.europa.eu/web.nsf/pages/home>
80. Directiva 93/42/CEE del Consejo de 14 de junio de 1993 relativa a los productos sanitarios. *Diario Oficial de la Unión Europea*, pp. 1-67.
81. O'Dowd A. Women have had "harrowing" experiences over PIP implants scandal. *BMJ* 2012; 345: e4560. doi: 10.1136/bmj.e4560.
82. Martín-Moreno JM, Gorgojo L, González-Enrriquez J, Wisbaum W. Riesgos para la salud causados por implantes de silicona en general, con atención especial a los implantes mamarios (Informe STOA/Parlamento Europeo). Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías

- Sanitarias - Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
83. Wisbaum W, Gorgojo L, González J, Martín-Moreno JM. From community action to policy impact: The case of silicone breast implants. *Eurohealth* 2002; 8: 19-20.
 84. Piccart M, Viale G, Ellis P, Abramowicz M, Carey L. Tips and tricks in triple-negative breast cancer: how to manage patients in real-life practice? *Ecancermedicalscience* 2011; 5: 217. Epub 2011 Jul 19. doi: 10.3332/ecancer.2011.217. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3223951/>
 85. Comisión Europea. Productos sanitarios más seguros, más eficaces e innovadores (nota de prensa 26 de septiembre de 2012). Disponible en: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-12-1011_es.htm?locale=en
 86. Amate JM, González J, Sarria A, Martín-Moreno JM. Evaluación de las tecnologías sanitarias y ordenación de las prestaciones en los sistemas sociales avanzados. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2002; 25: 131-146. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/n2/pdf/01-Evaluaci%C3%B3n%20de%20las%E2%80%A6.pdf>
 87. Sorenson C, Drummond M, Kanavos P. *Ensuring Value for Money in Health Care: The Role of Health Technology Assessment in the European Union*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
 88. Hamer L. *The role of NICE in the development of health impact assessment, health needs assessment and health equity audit*. London: The National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/smt/100505item3a.pdf>
 89. European network for Health Technology Assessment - EUnetHTA. Disponible en: http://www.eunetha.eu/Public/About_EUnetHTA/
 90. Sorenson C, Chalkidou K. Reflections on the evolution of health technology assessment in Europe. *Health Economics, Policy and Law* 2012; 7 (S): 25-45.
 91. Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:ES:PDF>

92. Palm W, Glinos IA. La regulación de la movilidad de pacientes en la Unión Europea: entre libre circulación y coordinación. *Rev Adm Sanit* 2009; 7: 585-602.
93. Antequera JM. Las sentencias sobre servicios sanitarios recibidos en países distintos a los de residencia: la libre circulación de pacientes en la Unión Europea. Revisión e implicaciones. *Rev Adm Sanit* 2009; 7: 603-10.
94. Flear M. The Open Method of Coordination on health care after the Lisbon Strategy II: Towards a neoliberal framing? En: Kröger, Sandra (ed). *What we have learnt: Advances, pitfalls and remaining questions in OMC research. European Integration online Papers (EIoP) 2009, Special Issue 1, Vol. 13, Art. 12.* Disponible en: <http://eiop.or.at/eiop/texte/2009-012a.htm>
95. Legido-Quigley H & McKee M. Patients seeking treatment abroad: Another challenge for general practice commissioning. *BMJ* 2010; 341: c5769. doi: 10.1136/bmj.c5769.
96. EHR IMPACT (European Commission/DG INFSO and Media). The conceptual framework of interoperable electronic health record and ePrescribing systems. Disponible en: http://www.ehr-impact.eu/downloads/documents/EHRI_D1_2_Conceptual_framework_v1_0.pdf
97. Greer S, Jarman H. Managing risks in EU health services policy: Spot markets, legal certainty and bureaucratic resistance. *J Eur Soc Pol* 2012; 22: 259-72.
98. Greer S, Rauscher S. Destabilization rights and restabilization politics: policy and political reactions to European Union healthcare services law. *Journal of European Public Policy* 2011; 18: 220-240.
99. Figueras J, Robinson Ray, Jakubowski E. *Purchasing to improve health systems performance.* Maidenhead UK: Open University Press, 2005.
100. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Disponible en: http://www.educacion.gob.es/educa/incual/pdf/rec/03_Directiva_reconocimiento_cualificaciones.pdf
101. Peeters M, McKee M, Merkur S. EU law and health professionals. En: Mossialos E, Permanand G, Baeten R, Herveij T (eds). *Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy.* Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
102. Europe's Information Society Thematic Portal. The Telemedicine challenge in Europe. The European Files 2010. Disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/publications/2010/2010europ-files-telemedicine_en.pdf

103. Template for the European Certificate of Current Professional Status. Disponible en: <https://gmc.e-consultation.net/econsult/uploaddocs/Consult91/CCPS%20Template.pdf>
104. Docquier F, Rapoport H. Documenting the brain drain of «la crème de la crème»: Three case-studies on international migration at the upper tail of the education distribution. 2009. Disponible en: http://perso.uclouvain.be/frederic.docquier/filePDF/DR_creme.pdf
105. European Parliament and Council Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time, OJ 2003 No. L299/9.
106. Douglas NJ. Sleep, performance and the European Working Time Directive. *Clin Med* 2005; 5: 95-96.
107. CVRIA. Case-law: Numerical access to the case-law. [ON-LINE]. [Luxembourg]: Court of Justice of the European Communities, [07.06.2006]. C-151/02. Disponible en: <http://curia.eu.int/en/content/juris/index.htm>.
108. Joined Cases C-397/01 to C-403/01 Bernhard Pfeiffer and Others v Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Waldshut eV. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62001J0397:EN:HTML>
109. Declaración de Bolonia. Espacio Europeo de Enseñanza Superior. 2009. Disponible en: <http://eees.umh.es/contenidos/Documentos/DeclaracionBolonia.pdf>
110. Arnalich Fernández F. Adaptación del nuevo Grado en Medicina al Espacio Europeo de Educación Superior. ¿Cuál ha sido la aportación de Bolonia? *Rev Clín Esp* 2010; 210: 462-467.
111. Burgoon B. Social Nation and Social Europe: Support for National and Supranational Welfare Compensation in Europe. *European Union Politics* 2009; 10: 427-456.
112. European Centre for Disease Prevention and Control. 2011. Healthcare-associated infections (HAI). Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/Pages/index.aspx
113. Eurobarometer 2010. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf
114. Legido-Quigley H *et al.* How can quality of health care be safeguarded across the European Union? *BMJ* 2008; 336: 920-923.
115. World Health Organization. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf

116. Guimaraes L, Freire JM. Los temas de salud en la Unión Europea: su impacto en la sanidad española. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 (Sup 2): S143-S154.
117. Greer S. Standing Up for Health? Health Departments in EU Health Policy Formulation. *Soc Policy Admin* 2010; 44: 208-224.
118. Martín-Moreno JM, Apfel F, Sánchez JL, Galea G, Jakab Z. The social nature of chronic non communicable diseases and how to tackle them through communication technology, training, and outreach. *J Health Commun* 2011; 16 Suppl 2: 94-106.
119. Burgoon B. Social Nation and Social Europe: Support for National and Supranational Welfare Compensation in Europe. *European Union Politics* 2009; 10: 427-456.
120. Klien M, Leibrecht M, Onaran O. Globalization, welfare regimes and social protection expenditures in Western and Eastern European countries. *NDLTD Union Catalog (ePub-WU OAI Archive - Vienna Univ. of Econ. and B.A.)*; 2011. Disponible en: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/globalization-welfare-regimes-and-social-protection-expenditures-in-western-and/id/43378455.html
121. Ash TG. Europe's true story. *Prospect's Magazine* 2007; 131: 1-5. Disponible en: http://www.fh-brandenburg.de/~brasche/EU/k7/Ash_Europes_true_stories.pdf