

SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO. CRISIS ECONÓMICA, PRESTACIONES SANITARIAS Y MEDIDAS DE AHORRO

José Vida Fernández

*Profesor Titular de Derecho Administrativo
Universidad Carlos III de Madrid*

1. EL GASTO SANITARIO COMO INSTRUMENTO CLAVE PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA PÚBLICO SANITARIO

La crisis “económica” del Estado del Bienestar

§ 1. La evolución socio-económica y, en particular, los efectos de la crisis económica están poniendo en cuestión la continuidad de nuestros servicios públicos más esenciales que garantizan la cohesión social y territorial, y que han caracterizado al conjunto de los Estados europeos como modelo económico y social.

La sanidad pública, la educación pública, la Seguridad Social y el sistema de dependencia constituyen los cuatro pilares de nuestro Estado de Bienestar que se está viendo superado por factores que apunta a un incremento del gasto público – provocado por el aumento de la población y el envejecimiento de la misma¹, el mayor uso de los mismos (por la creciente extensión de las presta-

ciones y universalización de las mismas, junto a una mayor tendencia a recurrir a estos servicios), el mayor coste de los servicios prestados (por el progreso tecnológico y la inflación adicional de los precios de los servicios)–; que ha sido acompañado de una reducción de los ingresos disponibles para su financiación sea a través de cotizaciones (por la descompensación entre población activa y pasiva) o de base presupuestaria (por los menores ingresos tributarios como consecuencia de la crisis, y por la necesidad de reducir el déficit público para cumplir con el Pacto de Estabilidad al que nos obliga la Unión Europea, así como para aliviar nuestra deuda pública acosada por movimientos especulativos).

Sobre el nivel de gasto sanitario adecuado

§ 2. Ante esta situación podría plantearse si este crecimiento del gasto en servicios públicos y, en concreto, en la asistencia sanitaria, debería asumirse hasta alcanzar un nivel adecuado para nuestro país o si bien se gasta demasiado. La determinación del nivel de gasto sanitario es una cuestión opinable que admite diversas respuestas posible que dependen en gran medida de una postura ideológica. Sin pretender fijar

¹ Aunque se apunta al envejecimiento como principal factor del crecimiento del gasto sanitario, se trata de uno más que se une a otros, teniendo incluso una menor incidencia vid. Enrique Costas Lombardía, “Gasto sanitario: no es la vejez”, *El País*, 27 de octubre de 2009.

ahora una posición al respecto, resulta oportuno facilitar algunos datos para poder valorar la adecuación del nivel del gasto sanitario en nuestro país.

En primer lugar se debe tener en cuenta el volumen y estructura del gasto público en España con respecto que fue, en 2008 (Eurostat), de un total 41.1% del PIB (mientras que la media UE fue de 46,8%). Con respecto a su estructura, por lo que se refiere a los servicios públicos que nos interesan, a la asistencia sanitaria se dedicó un 6,1% del PIB (frente al 6,9% de la media UE), a la educación se dedicó un 4,5% del PIB (frente al 5,2% de la media UE) y a la protección social se dedicó un 13,9% del PIB (frente al 18,2% de la media de la UE). Por lo tanto, resulta evidente que nuestro gasto público en estos servicios esenciales y en sanidad en particular, se encuentra por debajo del resto de Estados miembros.

A partir de estos datos, se suele considerar que este gasto debe ponerse en relación con el nivel de desarrollo económico que tiene cada país, pues existe la extendida creencia de que un país debe gastar en sanidad, educación, etc. lo que le corresponde por el nivel de desarrollo económico que tiene. En estos términos, el gasto sanitario en el caso de España estaría por debajo de su nivel óptimo bajo este criterio ya que según datos de junio de 2010, el PIB per cápita de España se encuentra en un 103% de la media de la Unión². En todo caso, la correlación entre nivel de riqueza y gasto sanitario como criterio de determinación de su nivel es cuestionable, ya que éste depende de otras muchas variables como son las sociales y políticas³.

Análisis de la situación: presupuestos y gastos sanitarios

§ 3. Independientemente de que el nivel de gasto sanitario actual en España sea o no el adecuado, pa-

² Según estos datos, el PIB por habitante español se mantuvo por encima de la media de la Unión Europea en 2009. Con un 103% de la media europea (la misma cifra que en 2008, según los datos revisados), España sigue por delante de Italia, que también repite con su 102%, e incluso se acerca a Francia, que baja del 108% al 107% de la media.

³ En este sentido en el artículo de Vincenc Navarro, "Los determinantes del gasto público sanitario", *Salud 2000*, 10 de septiembre de 2010, se critica este planteamiento como parte de un "determinismo económico" señalando que ya no puede sostenerse que los sistemas basados en seguros sociales sean más eficientes e inviertan más que los sistemas nacional de salud, así como la imposibilidad de comparar dos países desde las simples cifras económicas sin tener en cuenta las circunstancias tecnológicas, sociales y políticas.

rece inevitable su contención o, incluso, reducción para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público, siempre que se tengan por ciertas dos variables: la primera que no es posible un incremento de los ingresos con el que pueda afrontarse tal nivel de gasto, y, la segunda, que no existe voluntad política de alterar el actual reparto del gasto público.

Antes de entrar a considerar las medidas que pueden adoptarse para la contención y reducción del gasto sanitario en nuestro país resulta imprescindible entrar a analizar cuál sea su verdadero contenido y origen, para lo cual resulta oportunos algunos datos de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), obtenido del último informe SNS España, 2010.

España contaba en 2008 con una población de 46.157.822 habitantes, con un reparto muy desigual en su territorio por cada Comunidad Autónoma. Esta población ha ido incrementándose en una media superior al medio millón de habitantes por año. El grueso de esta población se concentra en una franja de edad comprendida entre los 25 y los 50 años, lo apunta a un progresivo envejecimiento de la población con respecto a lo que debe tenerse en cuenta que España tiene la expectativa de vida más alta del mundo sólo detrás de Japón. El crecimiento de la población se debe a la población inmigrante que ha ido incrementándose a razón de un punto porcentual de la población por año hasta alcanzar un total de un 11,4% del total de la población.

En cuanto a los recursos y actividades del SNS, para la atención primaria contaba en 2008 con 2.914 centros de salud y 10.202 consultorios locales a los que se desplazan los profesionales del centro de salud de la zona con el fin de acercar los servicios básicos a la población. El número de unos y otros han permanecido estables entre 2006 y 2008.

De los 804 hospitales en funcionamiento en España, el SNS cuenta con 315 hospitales, dotados de 105.505 camas y con 4 hospitales del Ministerio de Defensa que aportan 995 camas más; existen otros 20 establecimientos hospitalarios patrimonio de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales con 1.468 camas; el resto, 465 hospitales tienen dependencia funcional privada y cuentan con 53.013 camas. Por finalidad asistencial, del total de 160.981 camas instaladas en los hospitales españoles, 131.445 están localizadas en 589 hospitales dedicados a la atención de patologías agudas, de las cuales el 72,9% están gestionadas por el SNS. El 37,2% de las 16.111 camas disponibles en hospitales dedicados a la atención psiquiátrica y el 35,1% de las 13.365 dedicadas a la atención geriátrica y larga estancia,

están gestionadas por el SNS. Tanto el número de hospitales como el número de camas ha permanecido prácticamente estable entre 2006 y 2008.

En cuanto al personal sanitario, En los centros asistenciales públicos dedicados a la atención primaria de salud trabajan 34.126 médicos (27.911 médicos de familia y 6.215 pediatras), 27.433 enfermeros y 21.606 personal no sanitario. La tasa de médicos del primer nivel asistencial por 10.000 habitantes es de 7,5.

En los hospitales y centros de especialidades del Sistema Nacional de Salud prestan servicio 69.742 facultativos, de ellos un 27,7% trabajan en Medicina interna y especialidades médicas, el 22,8% en los servicios centrales (análisis clínicos, microbiología, radiodiagnóstico...) y un 18,1% en cirugía y especialidades quirúrgicas. La tasa de médicos que trabajan en hospitales y centros de especialidades públicos es de 15,5 por 10.000 habitantes. En los hospitales públicos trabajan 116.058 enfermeros con una tasa de 25,9 por 10.000 habitantes.

En cuanto a los recursos económicos y el gasto del SNS, puede apreciarse que el presupuesto para sanidad ha ido en aumento para todas las instancias territoriales entre 2007 y 2009, en concreto en un 7,68% y un 3,8%. El reparto de estos presupuestos corresponde la práctica totalidad a las CCAA (58.960 millones de euros), mientras que el resto de entidades con presupuesto las encabeza la Administración General del Estado (4.685 millones de euros), las mutualidades administrativas (2060 millones de euros), la Seguridad Social (1824 millones de euros) y, por último, las entidades locales (1068 millones de euros).

El presupuesto para sanidad per cápita para las CCAA es fue en 2009 de 1.320 euros por persona, con una oscilación entre Baleares y Madrid (las menores con 1181 y 1182 euros) y Extremadura y País Vasco (las mayores con 1.658 y 1.675 euros). Su crecimiento entre 2007, 2008 y 2009 fue de un 5,6% y un 2,8%.

En cuanto al gasto sanitario ascendió en 2007 a un total de 88.828 millones de euros, de los cuales 63.768 millones correspondían al gasto sanitario público (un 71,8% del total) y 25.060 millones al gasto sanitario privado. Este gasto ha experimentado un crecimiento de un 10 y un 15% por ciento desde 2005, 2006 y 2007.

El gasto en sanidad per capita fue en 2007 de 1980 euros por habitante. Este gasto se ha incrementado entre 2005, 2006 y 2007 en un 8,4% y un 7,6%. Dentro de éste, el gasto público por habitante es de

1421 euros por habitante, mientras que el gasto privado es de 588.

Esto significa que, contrastando el presupuesto con el gasto sanitario, en el año 2007, el presupuesto sanitario total fue de 61.330 millones, mientras que el gasto sanitario público de ese año fue de 63.768 millones de euros, lo que supone un déficit de 2.438 millones de euros sólo para ese año. Este déficit está acumulándose cada año y, lo que es peor, incrementándose, porque el ritmo de incremento de los presupuestos sanitarios es de un 12,5%, mientras que los del gasto público es de un 20%, lo que significa que el déficit crece a un 7,5% por ciento.

De vuelta a los datos del gasto sanitario y considerándolos como porcentaje del PIB, el gasto sanitario total en España es de 8,5%. El gasto sanitario público representa el 6,1% del PIB y supone un gasto por habitante de 1.421€.

Desde una dimensión funcional del gasto sanitario público, los servicios hospitalarios y especializados con un 54,0% son los que representan un mayor porcentaje del mismo, seguidos por la prestación farmacéutica, 19,8% y los servicios de atención primaria de salud con 15,7%. Los servicios de salud pública con 1,4% del gasto, muestran un aparentemente pequeño peso relativo consecuencia de, además de la manera de definir y clasificar esta actividad en los sistemas contables, por el hecho de que las actividades de salud pública, prevención y promoción, se desarrollan básicamente a través de la red de Atención Primaria y no están contabilizadas de manera específica.

En cuanto a la clasificación económico-presupuestaria, sin incluir el gasto en cuidados de larga duración, la remuneración del personal es la partida con mayor peso en el gasto sanitario público con el 43,4%. La actividad concertada supone un 11,3% del mismo.

En particular, el gasto farmacéutico

§ 4. Dentro del gasto sanitario merece una singular atención la evolución experimentada por el gasto farmacéutico ya que es un claro ejemplo de que la aplicación de medidas de contención pueden llegar a resultar efectivas dando lugar a una progresiva reducción de su tasa de crecimiento.

En efecto, durante los últimos años, el gasto farmacéutico público ha crecido de forma regular en torno al 5%, sobre todo impulsado por el incremento en la demanda de recetas, mientras que el desembolso medio por prescripción ha servido para controlar la factura

final, ya que en los últimos años se ha mantenido estable, incluso en algunos ejercicios, como 2007 y 2009, ha llegado a registrar una evolución negativa.

Las previsiones para 2010 apuntaban a una desaceleración en el crecimiento del gasto público, debido, sobre todo, a la entrada en vigor de los dos Reales Decretos-Leyes aprobados en el primer semestre del año para recortar la factura sanitaria del Estado. Hasta mayo de este año, el crecimiento interanual de los últimos doce meses del gasto farmacéutico se situaba en un 4,86%, hasta los 12.721,8 millones de euros, según datos del Ministerio de Sanidad y Política Social.

El propio Ministerio hizo pública una nota el 22 de septiembre de 2010 en la que apuntaba a que el crecimiento interanual del gasto farmacéutico en el pasado mes de agosto fue del 2,27%. Esto supone un descenso de un 6,40% respecto a 2009, lo que refleja que continúa la tendencia descendente como fruto de las medidas adoptadas a través de los Reales Decretos-Leyes para reducir el gasto público en materia farmacéutica⁴.

En lo referente al gasto medio por receta, el dato del pasado mes de agosto reflejó un descenso del 8,52% respecto al mismo periodo del año anterior, lo que deja el crecimiento interanual del gasto medio por receta en un -1,87%. Por lo que respecta al número de recetas facturadas en agosto (72.408.275), el número ha crecido un 2,31% respecto al mismo periodo del año anterior, lo que sitúa el aumento interanual en el 4,21%. Por lo tanto se consumen menos medicamentos pero se gasta menos, lo que pone en evidencia que las medidas adoptadas se han dirigido sobre los beneficios de los profesionales privados involucrados en este sector.

2. ¿CUÁL ES EL ORIGEN DEL GASTO? (I): LAS PRESTACIONES SANITARIAS

El papel de la Unión Europea

§ 5. Una vez señalado el gasto sanitario como elemento clave para la sostenibilidad de nuestro sis-

⁴ En general, todas las CCAA han reducido su gasto farmacéutico a excepción de tres: Murcia, donde se ha elevado un 2,75 por ciento; Galicia, con una subida del 1,96 por ciento, y País Vasco, con un 1,06 por ciento. Las que más ahorraron fueron Castilla y León, con una reducción del 18,43 por ciento; Canarias, que ha disminuido su factura en un 14,41 por ciento, y Melilla, que registró un descenso del 14,14 por ciento. El gasto medio por receta del pasado mes de agosto ha reflejado un descenso del 8,52 por ciento respecto al mismo periodo del año anterior, lo que ha hecho que el gasto medio por receta descendiera un 1,87 por ciento.

tema sanitario, resulta oportuno preguntarse cómo contenerlo o reducirlo.

A este respecto la Unión Europea carece de capacidad de intervención a pesar de que la reforma del modelo social europeo ha sido una de las prioridades políticas para la Unión Europea, tanto en la pasada Estrategia de Lisboa (2000-2010)⁵ como en el futura Estrategia Europa 2020⁶. Precisamente en esta última, constituye uno de los ejes de las reformas apunta a un crecimiento integrador basado en una economía con un alto nivel de empleo que promueva la cohesión económica, social y territorial. Con este objetivo se propone (dentro de la iniciativa “Plataforma europea contra la pobreza”) que la Comisión se ocupe de evaluar la adecuación y viabilidad de los sistemas de protección social y de pensiones y estudiar los medios de garantizar un mejor acceso a los sistemas sanitarios, y que los Estados Miembros desplieguen completamente sus sistemas de seguridad social y de pensiones para asegurar un apoyo adecuado a las rentas y el acceso a la atención sanitaria.

Pero estos objetivos a medio-largo plazo deben ir precedido de la salida de la crisis, para lo que se plantea la necesidad una estrategia creíble, la reforma del sistema financiero, una mayor coordinación en el seno de la Unión Económica y Monetaria, y con un saneamiento inteligente de las finanzas públicas para un crecimiento a largo plazo. Para cumplir con este último objetivo se proponen unas importantes reformas estructurales, en especial de las pensiones, la atención sanitaria, la protección social y los sistemas educativos, que debe ser aprovechado por Administración Pública para aprovechar como oportunidad para incrementar la eficacia y calidad del servicio,

⁵ Mediante la que el Consejo Europeo celebrado en Lisboa en marzo de 2000 pretendía hacer de Europa la economía basada en el conocimiento más competitiva del mundo para el año 2010. Para ello se proponían una serie de reformas económicas (sociedad del conocimiento,) y sociales (Modernizar y reforzar el modelo social europeo). En su revisión intermedia en 2005, se apuntó la necesidad de profundizar en la reforma del modelo social europeo para lo que se proponía promover la integración social favoreciendo el trabajo, garantizando regímenes de pensión viables en una Europa envejecida y garantizando la estabilidad social.

⁶ Con esta Estrategia se plantea que la próxima década la Unión Europea debe llevar a cabo un crecimiento inteligente (desarrollo de una economía basada en el conocimiento y la innovación), un crecimiento sostenible (promoción de una economía que haga un uso más eficaz de los recursos, que sea más verde y competitiva) y un crecimiento integrador (fomento de una economía con alto nivel de empleo que tenga cohesión social y territorial).

impulsando una política de contrataciones públicas más eficaz y de alcance europeo.

Por lo tanto, resulta evidente que desde la Unión Europea existe una profunda preocupación por estos servicios de solidaridad sostenidos a través de financiación pública, por lo que su intervención sobre los mismos promete ser cada vez más intensa.

Sin embargo, debe recordarse que la Unión Europea, a diferencia de lo que sucede con respecto a otros servicios públicos de carácter económico⁷, en el caso de los denominados servicios no económicos o de solidaridad carece de competencias directas para intervenir sobre la existencia, organización y alcance de estos servicios públicos que son responsabilidad de cada uno de los Estados miembros⁸. Esto explica que desde las instancias de la Unión se hayan empleado mecanismos basados en la cooperación que no resultan vinculantes para los Estados (el método abierto de coordinación, los mecanismos de evaluación comparativa –*benchmarking*–, el uso de mejores prácticas, etc.). Sin embargo, al margen de estos mecanismos no vinculantes, desde la propia Unión se

⁷ Desde la Unión Europea se ha llevado a cabo una adaptación del concepto de servicio público que tradicionalmente se identificaba con la prestación directa y/o en régimen de monopolio público de determinados servicios, empleándose ahora el concepto de “servicios de interés general”. Dentro de éstos se distinguen los servicios económicos de interés general, que quedan plenamente sometidos a las disposiciones del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) y que, bajo este paradigma, han sido objeto de un proceso de liberalización a nivel sectorial (telecomunicaciones, electricidad, transportes, servicios sociales). Por otra parte, se distinguen los servicios no económicos de interés general que no quedarían, en principio, sujetos a las normas del TFUE, aunque deben su organización y desarrollo no puede ser contrario a su contenido (asistencia sanitaria, educación, Seguridad Social y servicios sociales).

⁸ El artículo 4.2 k del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) establece como competencia compartida que ejerce preferentemente la UE «los asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública, en los aspectos definidos en el Tratado», lo que apunta a las cuestiones relativas a las medidas de policía sanitaria y no a la acción de los Estados de servicio público en este ámbito («la protección y mejora de la salud humana»), con respecto al que el artículo 6 a) TFUE sólo atribuye competencias complementarias a la Unión. Este reparto de competencia se refleja en el art. 168.7 TFUE que dispone 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 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».

está profundizando cada vez más en la aplicación del Derecho comunitario a estos servicios de forma externa sobre la base de títulos competenciales distintos –esencialmente el título sobre mercado interior–, condicionando así de forma indirecta la configuración que pueden llevar a cabo los Estados⁹.

Evolución del Sistema Nacional de Salud

§ 6. Una vez excluida la intervención de la Unión Europea sobre el gasto sanitario, la respuesta a la cuestión de su contención pasa por identificar el origen de dicho gasto, es decir, determinar cómo se genera el gasto sanitario. Una respuesta muy simplificada apunta a que dicho gasto se deriva de la provisión de los bienes y servicios sanitarios correspondientes para hacer efectivas las prestaciones sanitarias. Por lo tanto, podría pensarse que para disminuir el gasto sanitario sólo cabe reducir el contenido de las prestaciones sanitarias, lo cual no es cierto, ya que es posible contener el gasto respetando los derechos de los ciudadanos optimizando su contenido y mediante una mayor eficiencia en su prestación que depure costes espurios.

Para analizar las medidas que se pueden adoptar sobre las prestaciones sanitarias resulta imprescindible analizar con carácter previo en qué consisten y cómo se delimita su contenido.

La naturaleza de las prestaciones sanitarias vienen determinadas por el sistema sanitario al que corresponden que es el SNS. Por lo tanto, las prestaciones sanitarias han experimentado la misma evolución que nuestro sistema público de salud y han pasado de ser unas prestaciones de la Seguridad Social, a ser prestaciones sanitarias del SNS.

En efecto, nuestro sistema sanitario ha sufrido unas profundas transformaciones que se pueden distinguir en dos etapas.

A) Una primera etapa en la que se habla de «prestaciones sanitarias de la Seguridad Social», que abarca desde sus orígenes hasta la plasmación del contenido de la Constitución sobre la sanidad en la norma

⁹ El Derecho de la Unión se proyecta, por una parte, por lo que se refiere a la organización y medios dispuestos para la prestación de estos servicios. Así ocurre, por ejemplo, con las formas de gestión indirecta de estos servicios públicos que quedan sometidos al cumplimiento de la normativa comunitaria sobre contratación pública, así como sobre ayudas de Estado.

Pero también se aplica el Derecho de la Unión desde la perspectiva de los beneficiarios y el disfrute de las prestaciones, como ha ocurrido, por ejemplo, con la propuesta de Directiva de asistencia sanitaria transfronteriza.

de cabecera del sector, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Si bien las prestaciones sanitarias traen causa de una originaria actividad asistencial o de beneficencia de los poderes públicos mediante la que suministraban atenciones sanitarias como mera liberalidad, el verdadero origen de estas prestaciones se encuentra en la creación de los sistemas de Seguridad Social en el siglo XIX y su desarrollo a lo largo del siglo XX: una vez superados los esquemas de la simple asistencia pública o beneficencia, la atención sanitaria se articuló a través de la técnica de los seguros sociales introducidos por BISMARCK, de modo que dio lugar a un sistema de protección social frente a las distintas contingencias (vejez, desempleo) y en particular frente a la enfermedad.

En nuestro país, la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 supuso la confirmación de las prestaciones sanitarias como prestaciones de la Seguridad Social dentro de un sistema de seguros de previsión dirigido a los trabajadores, que cuenta con sus propias estructuras organizativas (primero el Instituto Nacional de Previsión creado en 1908, que sería sustituido por el Insalud a partir de 1978) y que se basa en la cobertura de los riesgos sanitarios a través de una cuota vinculada al trabajo (cotización).

De este modo, originariamente, las prestaciones sanitarias se encontraban limitadas en cuanto a los sujetos, ya que requería la previa afiliación; en cuanto a su alcance, ya que se distinguía entre titulares y beneficiarios; y en cuanto a su financiación, que basaba en la contribución de los trabajadores. No obstante, el crecimiento económico y el consiguiente desarrollo social dieron lugar a que el sistema de Seguridad Social fuera asumiendo mayor número de patologías dentro de las prestaciones, así como incluyendo a mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de Seguro Sanitario¹⁰.

B) La Constitución Española de 1978 marca el cambio hacia la segunda etapa que se inicia formalmente con la aprobación de la LGS en 1986, a partir de la que se habla de «prestaciones sanitarias del SNS».

Se trata de una etapa en la que se produce un paulatino tránsito de las prestaciones sanitarias de un sistema de Seguridad Social a un SNS, y que experi-

menta su momento álgido a finales de 2001 con la culminación de las transferencias sanitarias a todas las CCAA¹¹ y con el nuevo sistema de financiación autonómico¹², que les permite desarrollar las prestaciones sanitarias a través de sus respectivos Servicios Autonómicos de Salud y financiarlas a través de recursos propios; así como con la extinción del Instituto Nacional de la Salud (Insalud)¹³, que había sido la entidad gestora de la Seguridad Social proveedora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social para la mayoría de las CCAA durante más de dos décadas. Todos estos cambios motivaron la necesidad de un reajuste del sistema sanitario que tuvo lugar con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS), que viene a completar y actualizar la LGS.

La configuración constitucional del derecho a la salud (art. 43 CE) y el reparto de competencias sobre éste (art. 149.1.16ª CE), de forma diferencial del derecho a la Seguridad Social y las competencias sobre ésta (art. 41 y art. 149.1.17ª CE), marca el inicio formal de la progresiva separación de las prestaciones sanitaria del sistema de Seguridad Social contributiva, y su consiguiente encaje en un sistema autónomo (el SNS) consistente en unas estructuras administrativas y una normativa, tanto a nivel estatal como autonómico, dispuestas para el cumplimiento del mandato constitucional de proveer las medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios para garantizar la protección de la salud de los ciudadanos. Las diferencias con respecto al sistema de Seguridad Social son las siguientes:

1.- Si bajo la perspectiva de la Seguridad Social la cobertura se limita a los trabajadores afiliados (aunque se produjo un progresivo aumento del ámbito subjetivo), el nuevo SNS no condiciona la cobertura a la previa afiliación sino que tiende a ser universal (si bien no lo es inmediatamente sino que se hace de forma programada).

2.- Si bien el régimen de Seguridad Social tiene carácter contributivo, es decir, se financia mediante las cuotas de los afiliados, el SNS tiene una base económica presupuestaria, con lo que las prestacio-

¹¹ Mediante los Reales Decretos 1471/2001 a 1480/2001, de 27 de diciembre.

¹² Establecido por la Ley 21/2001, de 27 diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

¹³ Que pasa convertirse en el INGESA para Ceuta y Melilla mediante el Real Decreto 840/2002, de 2 agosto, que modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo

¹⁰ Como puede comprobarse en las sucesivas normas generales de Seguridad Social: Ley de Bases de la Seguridad Social de 1966 y el subsiguiente Texto articulado de 1966 hasta el actual Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1974.

nes sanitarias se desvinculan definitivamente de las aportaciones que hagan los ciudadanos (situación que no existe desde el primer momento ya que hasta 1999 no se suprimen las cotizaciones sociales como fuente de financiación –que ya eran minoritarias desde 1989- y pasa a financiarse mediante los Presupuestos Generales¹⁴).

En todo caso deben tenerse en cuenta dos circunstancias en este tránsito del sistema de Seguridad Social al SNS. En primer lugar que no se produjo de manera inmediata sino a lo largo de un período que va desde la aprobación de la LGS en 1986 hasta 2001, y, en segundo, que la transición no se ha producido de manera completa y absoluta.

En efecto, las competencias en materia sanitarias no fueron asumidas de forma plena por todas las CCAA hasta la década de los años noventa. Esta ausencia de competencias por determinadas CCAA se manifestó en la imposibilidad de la creación de sus respectivos servicios de salud manteniéndose una situación de asimetría entre las siete CCAA del art. 151 CE (o de vía rápida) y asimiladas¹⁵, que gestionaban de modo completo los servicios de salud en sus respectivos territorios y las diez Comunidades, del art. 143 CE (o de vía lenta), que formaban el territorio Insalud. Tras esta etapa de convivencia de las estructura del SNS con las propias del sistema de Seguridad Social representadas por el Insalud, a finales de 2001 se hicieron los trasposos o transferencias de funciones y servicios y la financiación vinculada a las nuevas competencias. Con ello se alcanzó la composición del SNS prevista en el art 44 LGS lo define como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Pero, además, este tránsito de un sistema de Seguridad Social al SNS no se ha producido de forma absoluta ya que perviven las prestaciones y beneficiarios vinculados al régimen de Seguridad Social. Así,

¹⁴ La Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social establece el carácter no contributivo y universal (modificando el art. 86.2 LGSS) y se suprimen así las cotizaciones sociales como fuente de financiación de la asistencia sanitaria (que ya era minoritaria desde la Ley de Presupuesto Generales del Estado de 1989) y pasa a financiarse a cargo de los Presupuestos Generales en su totalidad a partir del año 1999.

¹⁵ Las CCAA que accedieron a la autonomía por la vía rápida, fuera de la Disposición transitoria 2ª CE (como País Vasco, Cataluña y Galicia), de la Disposición Transitoria 1ª CE (Navarra), o, posteriormente, por la vía del art. 151 CE (Andalucía), o extraestatutariamente a través del art. 150.2 CE (como Canarias y Comunidad Valenciana)

en el caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se incluyen prestaciones no incluidas en la cartera del SNS (por ejemplo, la cirugía estética reparadora) y, asimismo, existen amplios colectivos como son los funcionarios, jueces y fiscales y personal militar que se someten a un régimen de mutualismo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) diferenciado del SNS.

Características de las prestaciones sanitarias

§ 7. Nuestro régimen constitucional reconoce el derecho a protección de la salud (art. 43 CE), para lo que exige a los poderes públicos que desarrollen dos tipos de medidas sobre las actividades sanitarias: por una parte medidas para garantizar su seguridad y calidad (autorizaciones, etc.) y, por otra, medidas para garantizar su acceso (prestaciones sanitarias). Con respecto a esta última dimensión del derecho a la asistencia sanitaria, las prestaciones sanitarias presentan las siguientes características:

A) Configuración legal del contenido. La Constitución no reconoce un derecho a las prestaciones sanitarias, sino que en el propio art. 43.2 CE establece un mandato a los poderes públicos para que organicen y tutelen la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios que sean necesarios. Esto significa que el derecho a las prestaciones sanitarias o, en concreto, a la asistencia sanitaria, es un derecho de configuración legal. Por lo tanto, es el Estado el que establece el contenido básico de ese derecho a las prestaciones sanitarias y la CCAA quienes lo desarrollan conforme a lo dispuesto a nivel estatal.

B) Carácter integral de su contenido. Las prestaciones sanitarias, en cuanto se desarrollan en un sistema de previsión como es la Seguridad Social, tienen inicialmente una finalidad estrictamente protectora ante situaciones de enfermedad. Una vez que la LGS plantea la protección integral de la salud pública (art. 6 LGS), las prestaciones sanitarias van más allá de la simple respuesta ante situaciones de enfermedad, y pasan a ser concebidas como todas las actuaciones de los poderes públicos encaminadas a ayudar, asistir o contribuir a la consecución de una salud individual adecuada. En la actualidad se definen las prestaciones sanitarias del SNS como los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos (art. 7 LSNS). Por lo tanto, la prestación no se limita a la intervención de los poderes públicos con finalidad exclusivamente protectora ante situaciones de

enfermedad (de asistencia sanitaria en sentido estricto) sino que incluye todo tipo de actuaciones (tanto de prevención de enfermedades, como de promoción de la salud y de rehabilitación y reinserción, además de las de protección frente a la enfermedad), destinadas a garantizar el derecho a la salud.

C) Limitación del contenido de las prestaciones sanitarias. Esta amplitud en el alcance material de las prestaciones sanitarias no significa la universalización de su contenido, ya que, si bien se parte de un reconocimiento genérico del derecho a las prestaciones sanitarias (arts. 2.2 y 10.14 LGS y art. 3 LSNS) éste se somete a una posterior delimitación, a lo que la LGS y la LSNS dedican gran parte de su articulado a ello, estos es, a ordenar las prestaciones. Así, los principales mecanismos de delimitación positiva del contenido del derecho a las prestaciones sanitarias son el catálogo de prestaciones y las carteras de servicios.

D) Limitación de los sujetos con derecho a las prestaciones sanitarias. Si bien en la LGS se parte de la universalización en el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, su Disposición transitoria quinta establece que la extensión de dicha asistencia se efectuará de forma progresiva¹⁶. Por lo tanto, se mantienen una serie de limitaciones en el ámbito subjetivo de las prestaciones sanitarias que se conservan en el art. 3 LCCSNS, en cuanto se reconoce como titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y se limita a los extranjeros, distinguiendo entre nacionales de Estados miembros de la UE y nacionales de Estados que no pertenecen a la UE legalmente residentes en España. Con respecto a los extranjeros no comunitarios en situación irregular, el derecho a la asistencia sanitaria se limita a los menores, embarazadas, situaciones de urgencia (art. 12 Ley 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social). En ejercicio de sus competencias de desarrollo algunas CCAA (Navarra) han extendido de forma general y universal este derecho en sus respectivos Sistemas autonómicos de salud.

E) Limitación de la duración de las prestaciones sanitarias. En cuanto a su dimensión temporal, las prestaciones sanitarias deben tener una duración ajus-

tada. No se establecen duraciones determinadas de las prestaciones sanitarias, lo que no significa que la duración de las mismas sea indeterminada sino, más bien, incierta. El tiempo de duración debe ser el adecuado, lo que exige un equilibrio entre la realización del derecho a la prestación y la racionalización del sistema. En este sentido se prevé en las prestaciones de atención sociocomunitaria una adaptación a este problema de la tensión entre duración y limitación de recursos en el caso de enfermos crónicos o de larga duración.

F) Garantías de las prestaciones sanitarias del SNS

1.- Garantía de accesibilidad. El art. 23 LSNS reconoce a todos los usuarios del SNS el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva. Esta garantía se concreta en el derecho reconocido a los todos ciudadanos que se encuentren desplazados, sea de su Comunidad Autónoma de origen o de su país de origen (siempre que se den los requisitos legalmente establecidos), a recibir, por parte del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones sanitarias del SNS que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes.

2.- Garantía de movilidad. El art. 24 LSNS establece la garantía de acceso a las prestaciones reconocidas en la LSNS con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del SNS, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares, de manera que esta circunstancia geográfica no suponga una merma de los derechos de sus ciudadanos; a lo que se añade la garantía de acceso a aquellos servicios que sean considerados como servicios de referencia, que son aquellos para la atención de aquellas patologías que precisen para su atención una concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales.

3.- Garantía de tiempo. Esta garantía no consiste en un tiempo exacto para el acceso a la prestación por parte del usuario sino en la fijación de tiempo máximos dentro de los cuales se debe hacer efectivo dicho acceso, siempre que no se trate de intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como de la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe. Este derecho de todos los ciudadanos a recibir asistencia sanitaria en su Comunidad Autónoma de residencia en un tiempo máximo exige

¹⁶ Por ello, el art. 3.2 LGS se limita a prever una extensión programada a toda la población española de la asistencia sanitaria, lo cual no supone el reconocimiento de un derecho sino el establecimiento de un objetivo; lo que se reafirma al señalar el art. 46 a) LGS, como característica fundamental del SNS, la extensión de sus servicios a toda la población.

una garantía de dicho tiempo tanto a nivel estatal como autonómico. Son las CCAA las que definen los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco.

4.- Garantía de información. Los servicios de salud deben informar a los ciudadanos de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del SNS, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en las correspondientes normas autonómicas. El Registro general de centros, establecimientos y servicios sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, de carácter público, permite a los usuarios conocer los centros, establecimientos y servicios, de cualquier titularidad, autorizados por las CCAA.

5.- Garantía de seguridad. La garantía de seguridad que se establece el art. 27 LSNS se estructura en seguridad y calidad en la autorización por parte de las CCAA de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de centros, servicios y establecimientos sanitarios; b) seguridad en el contenido de los tratamientos; c) seguridad en el acceso al tratamiento especializado, a través de los servicios de referencia.

6.- Garantía de calidad. El art. 28 LSNS se dedica a la garantía de calidad y a los servicios de referencia, y resulta aplicables a todos los centros, públicos y privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento, siendo responsabilidad de las Administraciones públicas sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento (art. 29 LSNS).

Catálogo de prestaciones y carteras de servicios del SNS

§ 8. En cuanto el derecho a las prestaciones sanitarias es un derecho de configuración legal, el contenido del derecho a las prestaciones sanitarias se determinará conforme al esquema general del reparto de competencias entre Estado y CCAA en materia de sanidad. Por lo tanto, corresponde al Estado establece el contenido básico de las prestaciones sanitarias en ejercicio de sus competencias sobre las bases y coordinación de la sanidad (art. 149.1.16ª CE) que, en este punto, se ven respaldadas por el título competencial transversal contenido en el art. 149.1.1ª CE que

le reconoce competencia para establecer las condiciones que aseguren la igualdad de los ciudadanos en el ejercicio de sus derechos (art. 149.1.1 CE).

Esta articulación de competencias en torno a la determinación del contenido de las prestaciones sanitarias fue muy discutida –por sostenerse hasta el último momento la competencia estatal exclusiva basada en el título competencia de Seguridad Social– hasta la aprobación de la LCCSNS. En ésta se dispone un mecanismo de delimitación del contenido de las prestaciones sanitarias que pretende racionalizar el ejercicio de las funciones legislativas de desarrollo asumidas por todas las CCAA, distinguiendo entre el catálogo del SNS en el que figuran las prestaciones sanitarias que tendría un contenido básico e indisponible para las CCAA, y las carteras de servicios, en las que se hacen efectivas las prestaciones contenidas en el catálogo, y que están pensadas y diseñadas para permitir el ejercicio de competencias tanto por parte del Estado como de las CCAA.

Las prestaciones de atención sanitaria del SNS son los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos (art. 7.1 LSNS). A partir de una definición de las prestaciones sanitarias que sería omni-comprehensiva de todos los tratamientos relativos a la salud existentes, la LCSNS delimita aquellos que van a recibir la cobertura pública que serán, precisamente, los que se incluyan en el catálogo de prestaciones del SNS a través e las carteras de servicios.

El art. 7 LSNS define al catálogo de prestaciones del SNS como un mecanismo para garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención¹⁷. Este catálogo viene determinado por la propia

¹⁷ La LSNS introduce las siguientes novedades en la ordenación de las prestaciones sanitarias: en primer lugar, eleva su ordenación a norma con rango de ley dicho catálogo; en segundo lugar, incrementa su contenido al incorporar nuevas prestaciones (Prestación de Salud Pública, Prestación Socio-sanitaria); en tercero, sistematiza su contenido, en cuanto establece como garantías lo que anteriormente se encontraba reconocido como prestaciones (prestación de información y documentación sanitaria); en cuarto, racionaliza la anterior ordenación de las prestaciones en cuanto idea el mecanismo del juego entre catálogo y cartera de servicios que sirve para mejorar la concreción del contenido de las prestaciones sanitarias así como para ordenar el desarrollo por parte de las CCAA; por último, establece un mecanismo que permite mantener en todo momento un contenido equilibrado del catálogo de prestaciones en cuanto se prevé mecanismo para la actualización de la cartera de servicios limitando mediante fuertes

LCCSNS (art. 11 a 19 LCCSNS) e incluye las prestaciones de salud pública, de atención primaria, de atención especializada, de atención sociosanitaria, de atención de urgencias, farmacéuticas, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Por otra parte, las carteras de servicios del SNS concreta y especifican las prestaciones sanitarias, en el sentido del art. 8 LSNS que afirma que las carteras de servicios son las que hacen efectivo el Catálogo de Prestaciones Sanitarias del SNS en cuanto son el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos (entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica -art. 20 LSNS-) en las que se concretan las prestaciones incluidas en el catálogo.

El contenido de la cartera de servicios del SNS es la garantía de realización efectiva de las prestaciones dispuestas en el catálogo de prestaciones del SNS, por lo que es contenido básico indisponible para las CCAA, que pueden aprobar sus propias carteras de servicios pero con el contenido mínimo de aquella (art. 20 LSNS). Se determinó mediante Real Decreto 1030/2006, aprobado previo acuerdo del Consejo Interterritorial, y teniendo en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo; asimismo no se podían incluir aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada.

Una vez fijada la cartera de servicios comunes del SNS fijada por el Real Decreto 1030/2006, ésta puede ser actualizada mediante orden del Ministro de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS conforme a lo previsto desarrollado en este mismo reglamento (art. 21 LCCSNS). Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos deben someterse a evaluación por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otros órganos evaluadores de las CCAA.

Para la inclusión deben cumplirse todos los requisitos siguientes: a) Contribuir de forma eficaz a la

exigencias la inclusión de nuevos servicios y previendo la posibilidad de excluir algunos de los existentes.

prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento; b) aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada respecto a otras alternativas facilitadas actualmente; c) Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente, en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos o productos sanitarios. En el proceso de actualización se puede llevar a cabo la exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento siempre que se den algunas de las siguientes circunstancias: a) evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable; b) haber perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico; c) dejar de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

Por último debe tenerse en cuenta otra modalidad de actualización de la Cartera del SNS mediante el uso tutelado con el que se pretende establecer el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia de la técnica, tecnología o procedimiento antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera de servicios. Este debe ser autorizado por el Ministerio de Sanidad previo Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, y su desarrollo debe responder a un diseño de investigación, por períodos de tiempo limitados, en centros expresamente autorizados, y de acuerdo con protocolos específicos destinados a garantizar su seguridad, el respeto a la bioética y el logro de resultados relevantes para el conocimiento. La financiación del uso tutelado correrá a cargo del Fondo de Cohesión del SNS.

3. ¿CUÁL ES EL ORIGEN DEL GASTO? (II): EN PARTICULAR, LAS PRESTACIONES FARMACÉUTICAS

Régimen específico de la prestación farmacéutica

§ 9. Los medicamentos forman parte de las prestaciones sanitarias si bien, las particularidades que presentan han motivado una ordenación propia y específica dentro del marco de los establecido por la LGS y la LCCSNS.

El régimen jurídico de los medicamentos se contiene en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitario, que incluye tanto medidas dirigidas a garantizar la seguridad y calidad de los medicamentos como

medidas para garantizar el acceso a los medicamentos en condiciones de igualdad y asequibilidad como parte de las prestaciones del SNS.

Desde esta segunda dimensión, debe tenerse en cuenta que las prestaciones farmacéuticas forman parte de las prestaciones sanitarias. Desde un primer momento se incluyó entre las prestaciones del SNS (art. 10 LGS), y en la actualidad forma parte del Catálogo de prestaciones sanitarias establecido por la LCCSNS. Dentro de éste se define la prestación sanitaria como los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad (art. 16 LCCSNS).

En la cartera de servicios comunes del SNS también se concreta a grandes rasgos su contenido, ya que éstas misma remite a su normativa específica establecida en la LGURM para determinar el contenido exacto de dicha prestación.

En efecto, el Anexo V del Real Decreto 1030/2006 se dedica a la cartera de servicios de la prestación farmacéutica en la que se distinguen dos supuestos esenciales en función de que corresponda a pacientes de tratamiento ambulatorio u hospitalizado.

A) En el caso de los primeros, la cartera de servicios de la prestación farmacéutica se compone de los medicamentos autorizados para los que se resuelva su financiación y condiciones de dispensación en el SNS, lo cual nos remite al régimen establecido en la LGURM. Además, también incluye los productos sanitario (efectos y accesorios con marcado CE) para los que se resuelva financiación y condiciones de dispensación en el SNS. Por lo demás se incluyen igualmente las fórmulas magistrales y los preparados oficinales elaborados por las oficinas de farmacia, en las condiciones pactadas en los conciertos con oficinas farmacias; así como las vacunas individualizadas antialérgicas y las vacunas individualizadas bacterianas, preparadas y de prescritas individualizadamente.

Quedan excluidos en todo caso los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares; los medicamentos calificados como publicitarios; los medicamentos adscritos a grupos o subgrupos terapéuticos excluidos de la financiación; los medicamentos homeopáticos; los efectos y accesorios de los que se realice publicidad al público en general

B) La cartera de servicios de las prestaciones farmacéutica de los pacientes hospitalizados es más amplia y supone un importante porcentaje del gasto farmacéutico. En concreto se cifra en torno al 30% del total del gasto farmacéutico y presenta un crecimiento mucho mayor ya que, mientras el gasto generado por los fármacos con receta crecen a un ritmo aproximado del 4,5% interanual, el de los medicamentos hospitalarios se estima que lo hace en una horquilla de entre el 10 y el 15%.

Resulta paradójico que, a pesar de su importancia, la prestación farmacéutica hospitalaria se encuentre escasamente regulada. En concreto, en el Anexo III del Real Decreto 1030/2006 sólo se indica que comprende los productos farmacéuticos que necesiten los pacientes conforme se recoge en el anexo III correspondiente a la cartera de servicios comunes de atención especializada (en hospital de día o régimen de internamiento). Por lo tanto, abarca toda la medicación, gases medicinales, transfusiones, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos. Por lo tanto no dependen de la decisión de financiación, por lo que pueden prescribirse medicamentos no financiados, así como publicitarios, u otros excluidos. Asimismo no existen aportaciones o copago por lo que la prestación es completamente gratuita ya que es plenamente financiada por el SNS.

A partir de este contenido básico de las prestaciones farmacéutica se comprenderá que el margen para el desarrollo por parte de las CCAA es mínimo. En efecto, a pesar de que el juego competencial es exactamente el mismo que para el resto de las prestaciones sanitarias –por referirse el título sobre “legislación farmacéutica” del artículo 149.1.16^a CE a la dimensión de seguridad y calidad en los medicamentos–, el enorme alcance del contenido fijado por el Estado hace que las CCAA encuentren escaso espacio para el desarrollo. Sin embargo, éste se ha dado como ha ocurrido con el llamado “contramedicamento” mediante el que Andalucía o Navarra hicieron frente a la exclusión de la financiación pública de determinados medicamentos mediante los Reales Decretos 83/1993 y 1663/1998, que fueron cubiertos por estas CCAA asumiendo su financiación. También las CCAA han intervenido externamente sobre los precios de referencia – Ley del Parlamento de Canarias 5/1996, de 27 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad para 1997, que motivó una sentencia del Tribunal Constitucional– y a través de otras medidas mediante las que indirectamente inciden sobre el acceso a esta prestación como son los visados.

Particularidades de la prestación farmacéutica

§ 10. La prestación farmacéutica depende de la existencia de un mercado, lo que supone una excepción dentro de las prestaciones sanitarias del SNS. A diferencia del resto se fundamenta esencialmente en la entrega de un bien, como son los medicamentos, que incorpora un valor añadido que las estructuras públicas proveedoras de servicios sanitarios no están en condiciones de aportar de forma generalizada. El resto de las prestaciones no son si no servicios especializados prestados, por lo general, directamente desde los servicios públicos de salud integrados en el SNS. El valor adicional que incorporan los medicamentos proviene principalmente de la investigación y el desarrollo que son necesarios para su producción, a lo que se añaden determinadas capacidades y condiciones necesarias para su distribución y puesta a disposición. Los recursos necesarios para aportar este valor adicional exceden de la capacidad de las estructuras públicas por lo que es proporcionado por sujetos privados que actúan como operadores económicos en un mercado con unas características artificiales sobre las que se debe reparar para poder comprender la configuración de la prestación farmacéutica en toda su complejidad.

Por lo tanto, si bien las demás prestaciones sanitarias tienen un fundamento estrictamente público en tanto son provistas directamente desde las estructuras del SNS –sin perjuicio de que pueda existir una provisión privada de servicios sanitario que concurre con la provisión pública (no compite por lo que no se puede afirmar que exista un verdadero mercado sanitario)–, en el caso de las prestaciones farmacéuticas se fundamentan en la actividad estrictamente privada de quienes los producen, los distribuyen y los dispensan que se comportan como operadores económicos en un mercado intensamente intervenido en el que su retribución procede esencialmente de la financiación pública. Esta es la diferencia esencial, en un caso el SNS “presta” los servicios sanitarios mientras que en el otro “paga” unos medicamentos derivados de un mercado ya que no está en condiciones ni de producirlos ni comercializarlos.

En todo caso el mercado de los medicamentos presenta una configuración artificial que se deriva de la intervención pública dirigida a garantizar la prestación farmacéutica, lo que no le hace perder su esencia como tal mercado aunque modula profundamente sus características. Entre sus particularidades se puede apreciar que se trata de un mercado en el que la demanda no la genera de forma exclusiva el paciente como destinatario final o consumidor del medica-

mentos sino que entremedias se interpone el criterio del médico prescriptor. Asimismo el coste económico tampoco no lo soporta el paciente como consumidor de los medicamentos sino que se traslada ya sea, en todo o en parte, al SNS que es el que adquiere o financia los medicamentos lo que genera una situación de monopsonio (casi total) del SNS.

Mecanismos para la delimitación del contenido de la prestación farmacéutica

§ 11. La intervención pública que genera estas particularidades en el sector farmacéutico se concreta en numerosas medidas que pueden sistematizarse atendiendo a la finalidad a la que responden. Debe tenerse en cuenta que se trata aquí única y exclusivamente de medidas dirigidas a garantizar la prestación farmacéutica, por lo tanto quedan al margen todas las medidas dispuestas para garantizar su seguridad y calidad. Asimismo conviene aclarar que no todas las disposiciones relativas a la prestación farmacéutica son medidas de uso racional –como se deducía de la anterior Ley del Medicamento de 1990– sino que por su finalidad pueden estructurarse de forma más compleja y elaborada conforme al siguiente esquema:

A) Medidas de determinación del contenido de la prestación farmacéutica (gasto racional). Se trata de medidas mediante las que la Administración sanitaria establece el alcance de la prestación farmacéutica en cada momento. Se procura así un gasto racional en la financiación pública de medicamentos de modo que se garantice la máxima cobertura posible con los recursos disponibles. Son medidas que, desde la perspectiva del mercado de los medicamentos, afectan al lado de la oferta y que se concretan de la siguiente forma:

1.- Financiación selectiva, en la que se incluyen los mecanismos que determinan con carácter general el contenido de la prestación farmacéutica al decidir con respecto a los medicamentos autorizados y registrados, si van a ser sometidos o no a la financiación pública. Al margen de la decisión individualizada sobre la financiación de los nuevos medicamentos (art. 89.1 LGURM), interesa señalar aquí otras medidas de financiación selectiva que han venido siendo empleadas de forma extraordinaria como instrumentos para contener el gasto farmacéutico como son las lista negativas (art. 89.2 LGUR) mediante las que se han dejado fuera de la financiación pública medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica.

2.- Copago, que consiste en una aportación que deben satisfacer determinados colectivos a los que no alcanza por entero la financiación pública de la prestación farmacéutica. Esta medida se encuentra vinculada a la determinación del contenido de la prestación farmacéutica porque constituye el límite hasta el que está dispuesto alcanzar la financiación pública, correspondiendo el resto a la paciente.

B) Medidas complementarias que garantizan la sostenibilidad de la prestación farmacéutica y su evolución (beneficio racional). Las peculiaridades del mercado de los medicamentos señaladas con anterioridad, exigen una intervención sobre algunos de sus elementos esenciales –precio, márgenes comerciales– para garantizar su funcionamiento como tal y, asimismo, la sostenibilidad y evolución de la prestación farmacéutica. Se trata de medidas que se aplican sobre las ganancias de los actores del mercado (laboratorios, almacenes y oficinas de farmacia) para asegurar un equilibrio que no podría alcanzarse de forma natural a través de la acción del propio mercado. Se procura así que los beneficios privados no sean artificialmente desmedidos por la financiación pública de los medicamentos ni tampoco que sean insuficientes en la medida que afectaría a la continuidad de su actividad y, en particular, al desarrollo de la investigación en el caso de los laboratorios. Se pretende de este modo garantizar no sólo la sostenibilidad de la prestación farmacéutica sino también su evolución o progreso a través de la investigación. Las medidas públicas dispuestas con esta finalidad se aplican igualmente en el lado de la oferta de medicamentos.

1.- Intervención sobre los beneficios de los laboratorios. Se desarrolla esencialmente a través de la intervención del precio de venta de los laboratorios en el caso de los medicamentos sometidos a financiación pública. Este precio industrial se fija con carácter máximo mediante un cálculo que ajusta los costes de capital (art. 90. LGURM). Por otra parte los fabricantes (junto a los importadores) se encuentran obligados a realizar aportaciones directas que suponen una entrega de parte de sus beneficios, calculados sobre la base de unos porcentajes en función de volumen de ventas al SNS (disposición final sexta LGURM) que se encuentran afectadas a la financiación de la investigación.

2.- Intervención sobre los beneficios de los almacenes. En el caso de los medicamentos financiados se establecen unos márgenes comerciales prefijados que retribuyen la actividad de distribución (art. 90.1 y disposición adicional octava LGURM y Real Decreto 823/2008).

3.- Intervención sobre los beneficios de las oficinas de farmacia. En este caso la intervención se ejerce a través de un doble mecanismo (art. 90.1 y disposición adicional octava LGURM y Real Decreto 823/2008): por una parte se fijan los márgenes comerciales de los distribuidores en el caso de los medicamentos financiados como el caso de la distribución; pero además, por otro lado, se establecen deducciones (es decir, un descuento o rebaja) sobre la factura mensual que cada oficina de farmacia presenta por las recetas de medicamentos dispensados con cargo al SNS.

C) Medidas para asegurar que el consumo de medicamentos se ajusta a las necesidades de los pacientes (uso racional). Se trata de medidas dirigidas a los profesionales sanitarios prescriptores ya que son los que modulan la necesidad de medicamentos por los pacientes a quienes se los prescriben. Son, por lo tanto, medidas que afectan a la demanda de medicamentos.

1.- El sistema de precios de referencia. Se trata de un complejo mecanismo previsto en el artículo 93 LGURM por el que se establecen unos límites en la financiación pública de determinados medicamentos para provocar la opción por aquellos de menor precio y, preferiblemente, por medicamentos genéricos. Se condiciona así tanto la prescripción como la dispensación incentivando así el consumo de aquellos medicamentos que siendo idénticos desde un punto de vista sanitario, representan un menor coste para el Sistema público que los financia.

2.- Medidas sobre la prescripción. Se trata de medidas específicamente dirigidas sobre la actuación prescriptora de los profesionales sanitarios que se han venido adoptando especialmente a nivel autonómico en cada uno de los distintos Servicios de Salud: listas terapéuticas, visados, etc.

4. ¿QUIÉN ASUME EL GASTO?: LA FINANCIACIÓN SANITARIA

El sistema de financiación autonómica de 2001

§ 12. La supresión de las cotizaciones sociales como fuente de financiación de la asistencia sanitaria a partir de 1999 y su cargo a los Presupuestos Generales significó la culminación de un cambio sustancial pero progresivo en la financiación del Sistema Sanitario. A pesar de este cambio, la financiación de la sanidad se mantuvo separada del sistema de financiación autonómica general, y se llevaba a cabo a través de una partida presupuestaria especial de la

Seguridad Social, regida bajo el principio de Caja Única.

Con el sistema de financiación autonómica de 2001 (Ley 21/2001, de 27 diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía), la asistencia sanitaria pasó a financiarse mediante el sistema general de la financiación autonómica junto al resto de partidas presupuestarias. Este sistema de financiación autonómica general (incluida la sanidad) ha estado hasta el 1 de enero de 2009 y sus líneas maestras apuntaban a introducir el principio de corresponsabilidad fiscal (quien hace el gasto debe ser responsable del esfuerzo recaudatorio para recabar los fondos que se gastan, so pena de que se descontrola el gasto efectuado si el esfuerzo recaudatorio lo realiza una instancia diferente), y el principio de suficiencia financiera (se asegura la financiación de las prestaciones y de las garantías que establece el legislador estatal) a través del principio de afectación (ya que se exige que las CCAA destinen determinados recursos a la sanidad). Sin embargo sus carácter reales han sido otras¹⁸.

A) No se trata de una financiación finalista. En efecto, este sistema de financiación integrado de manera indiferenciada en el sistema de financiación autonómica general, no cuenta con ingresos fiscales finalistas, ni adscripción del conjunto o parte de los fondos recibidos a ninguna finalidad concreta. Con el conjunto de los ingresos de cada Comunidad se constituye un fondo común, de cuya distribución, salvo algunas garantías iniciales de adscripción de determinadas cantidades a ciertas finalidades, entre ellas la sanitaria (a ésta por un período de tres años que acabó en 2005), es responsable únicamente cada Administración autonómica.

Incluso en esos casos de garantías teóricas de adscripción de cantidades “mínimas” a ciertos fines no hay ningún mecanismo efectivo de control externo a cada comunidad autónoma del uso de ciertos fondos con los fines previstos, ni siquiera durante el período para el que se establecieron esas garantías nominales de dedicación.

B) El método de cálculo de la financiación de cada Comunidad pasa por la determinación, por una parte, de sus “necesidades” de financiación y, de otra, por la atribución de unos ingresos tributarios, basa-

dos en impuestos propios y cedidos. Para resolver las diferencias entre necesidades e ingresos funciona un Fondo de Suficiencia financiado por el Estado con sus propios fondos, y con los de aquellas CCAA en los que sus ingresos sean superiores a sus necesidades de financiación.

El cálculo de las necesidades se basa en tres bloques de competencias o servicios:

a) uno general, con distintos coeficientes de cálculo, del que el más importante es la población, pero también se tienen en cuenta la superficie, la dispersión, la insularidad o la renta;

b) uno sanitario, en cuyo cálculo se aplican tres coeficientes: la población “protegida” (la del padrón de cada CA, de la que se resta la población protegida por MUFACE, MUGEJU e ISFAS en cada territorio), que supone el 74,5% del cálculo; la población mayor de 65 años en el mismo territorio, que supone el 24,5%, y la insularidad (sólo Baleares y Canarias), que supone el 0,5%;

c) uno de servicios sociales, cuya base de cálculo es la población mayor de 65 años en cada Comunidad.

Con la suma de las cantidades de financiación proporcionales correspondientes a cada Comunidad por cada uno de esos bloques se establecen las necesidades globales de financiación de cada una de ellas. Sin embargo, conforme al criterio no finalista señalado en el apartado anterior, las “necesidades” sanitarias así determinadas no significan que esa cantidad se destine a fines sanitarios por cada Comunidad. Por el contrario, el conjunto de las cantidades que recibe cada una de ellas constituye un fondo común, que se distribuye entre los distintos servicios conforme a su propio criterio.

C) Por lo que respecta a la atribución de ingresos correspondientes a esas necesidades debe tenerse en cuenta que los ingresos autonómicos estaban constituidos por sus impuestos propios y, de manera mayoritaria, impuestos cedidos, esto es, por porcentajes diferentes de una “cesta” de impuestos (IRPF, IVA, impuestos especiales) recaudados en su mayoría por el Estado en el territorio de cada Comunidad, distribuidos también en su mayor parte (98%) a cada una de ellas mediante adelantos mensuales con arreglo a las previsiones recaudatorias correspondientes a cada Administración.

La idea inicial era introducir un régimen de corresponsabilidad fiscal. No obstante, pese a la adscripción de esos impuestos a su financiación general, la mayoría de ellos escapa a la capacidad real de in-

¹⁸ Javier Rey del Castillo: «El sistema de financiación sanitaria actual y las perspectivas de su modificación (I)», *Revisita de Administración Sanitaria*, 2009.

tervención de las propias administraciones autonómicas, que carecen de capacidad normativa sobre la mayoría de ellos, así como de intervención en la propia recaudación. Esta situación pone en cuestión la existencia de mecanismos reales de “corresponsabilidad fiscal” (Sevilla Segura, 2005), que fue la razón principal por la que se justificó la implantación del nuevo sistema de financiación.

El sistema de “corresponsabilidad fiscal” debería suponer también que los incrementos de gasto por parte de las comunidades autónomas que estén por encima de la financiación recibida acordada debieran ser atendidos con cargo a su propia responsabilidad, bien sea por la mejora de la actividad recaudatoria de los tributos recaudados en su propio territorio, o por el establecimiento de recargos tributarios propios sobre los impuestos cedidos total o parcialmente, dos campos en los que la capacidad de las CCAA, como se ha indicado en el apartado anterior, es casi inexistente. A su vez, el margen de incremento de los ingresos por la mejora de la capacidad recaudatoria de los tributos propios, en relación con el volumen de éstos, parece escaso.

D) La cuestión principal que se plantea desde el punto de vista de la equidad, la corresponsabilidad fiscal y el incremento del gasto sanitario es la diferente capacidad recaudatoria de las CCAA por cada uno de los impuestos que forman parte del sistema de financiación: existen diferencias muy significativas entre los porcentajes poblacionales de cada una de las CCAA y la participación de la recaudación en cada una de ellas por IRPF, IVA e impuestos especiales. Las diferencias son especialmente significativas en el caso de los impuestos especiales, en los que, por citar un ejemplo, en 2003 la recaudación se concentró en una proporción superior al 90% entre Madrid (87,30%) y Cataluña (5,91%). De resultados de esa diferente capacidad recaudatoria de cada territorio, cada CA tiene un grado distinto de dependencia del Fondo de Suficiencia. Sólo Baleares, Madrid y Cataluña tienen “superavit” con los impuestos que se recaudan en su territorio, por lo que deben aportar al Fondo de Suficiencia en vez de recibir de éste. El resto de CCAA reciben cantidades adicionales a las correspondientes a los tributos propios y cedidos en una u otra proporción.

E) El sistema de financiación actual contempla la existencia de dos fondos sanitarios específicos: el denominado “de cohesión sanitaria” y el de “incapacidad temporal”. La cuantía de esos fondos es escasa. Su dotación supone alrededor de un 1/1.000 del presupuesto global del Sistema Nacional de Salud para

asistencia sanitaria. Por otra parte, y aunque el primero de ellos ha sido objeto de diferentes regulaciones, no hay posibilidad de realizar distribuciones discrecionales por parte de la AGE. Cada uno se debe distribuir con arreglo a coeficientes preestablecidos, sin posibilidad de estimar el cumplimiento de ninguna otra condición de cuyo mantenimiento fuera responsable la propia AGE. Ambas razones los hacen carecer de validez como instrumentos reales de cohesión, y para acreditar la intervención de la AGE en la asistencia sanitaria en las funciones que le serían propias, como la garantía de la universalidad y equidad de la protección.

F) El actual sistema de financiación también incluye “asignaciones de nivelación” en la asistencia sanitaria (lo mismo que en Educación). Sin embargo, la aplicación de éstas no está prevista en relación con la existencia de diferencias en la distribución o dotación de los servicios sanitarios en territorios autonómicos distintos. Con arreglo a lo previsto en el artículo 67 de la Ley 21/2001 (que desarrolla lo previsto en el artículo tercero de la Ley Orgánica 7/2001), la puesta en marcha de un proceso de “nivelación” en el campo sanitario se plantea únicamente como consecuencia de desviaciones muy importantes (superiores al 3%) del crecimiento de la población de una Comunidad autónoma con respecto a la media nacional.

EL nuevo sistema de financiación autonómico de 2009

§ 13. A partir de 2009 existe un nuevo modelo de financiación que se aplicará a los próximos ejercicios presupuestarios y que se contiene en la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

La modificación del sistema sanitario se ha debido al aumento de la población sobre todo de determinadas CCAA en especial por la concentración en ellas de la población inmigrante, que ha ido creciendo de manera exponencial en los últimos años. Pero sobre todo con la modificación de algunos de los Estatutos de Autonomía.

El nuevo Sistema de Financiación Autonómico no introduce cambios sustanciales sino que pretende una mayor racionalización sobre las bases del sistema anterior. Por lo que respecta a la financiación sanitaria ha sido criticado por desperdiciar una oportunidad

para introducir mejoras en algunas deficiencias del Sistema anterior¹⁹.

En el nuevo sistema de financiación autonómica presenta cuatro ejes básicos que son el refuerzo de las prestaciones del Estado del Bienestar, el incremento de la equidad y la suficiencia en la financiación del conjunto de las competencias autonómicas, el aumento de la autonomía y la corresponsabilidad, y la mejora de la dinámica y la estabilidad del sistema y de su capacidad de ajuste a las necesidades de los ciudadanos.

Estos ejes se concretan en los distintos elementos del sistema²⁰:

a) El Estado de Bienestar se refuerza mediante la incorporación por el Estado de recursos adicionales que se integran gradualmente en el nuevo sistema, dentro del marco de la política de estabilidad macroeconómica y presupuestaria.

b) El principio de suficiencia queda garantizado mediante el Fondo de Suficiencia Global, que permite asegurar la financiación de la totalidad de las competencias de las CCAA.

c) El refuerzo de la equidad se instrumenta básicamente a través del nuevo Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, el cual garantiza que todas las CCAA van a recibir los mismos recursos por habitante, en términos de población ajustada o unidad de necesidad, no sólo en el primer año de aplicación, sino también en el futuro. También contribuyen a incrementar la equidad en el sistema los Fondos de Convergencia, creados mediante fondos adicionales del Estado con los objetivos de reforzar la convergencia en financiación per cápita y la convergencia en los niveles de vida de los ciudadanos.

d) Los principios de autonomía y corresponsabilidad se refuerzan en este nuevo sistema mediante el aumento de los porcentajes de cesión de los tributos parcialmente cedidos a las CCAA y mediante el incremento de las competencias normativas de éstas de cara a que tengan una mayor capacidad para decidir la composición y el volumen de ingresos de que disponen. Igualmente se refuerza la colaboración recíproca entre las Administraciones tributarias de las

CCAA y la Agencia Estatal de Administración Tributaria, así como se prevé novedosamente la posibilidad de delegar en las CCAA la revisión en vía administrativa de los actos de gestión dictados por sus Administraciones tributarias. Este aumento de la corresponsabilidad se hace compatible con el respeto a la unidad de mercado.

e) Se mejora la dinámica del sistema con el objetivo de favorecer su estabilidad. Para ello, se introducen mecanismos efectivos y explícitos de ajuste de los recursos a las necesidades de los ciudadanos mediante la actualización anual de las variables que determinan la necesidad de financiación a efectos de calcular la participación en el Fondo de Garantía de cada Comunidad Autónoma, además de preverse una evaluación quinquenal de los resultados del sistema. También el incremento del peso de los recursos tributarios en el global de la financiación de las CCAA va a contribuir a una evolución más equilibrada de los recursos.

Los recursos del Sistema de Financiación son los tributos cedidos, la transferencia del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales y el Fondo de Suficiencia Global.

1. Los tributos cedidos, que conforman lo que se denomina en la Ley la capacidad tributaria de las Comunidades Autónomas, son los que ya recogía la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, aunque se produce una elevación en los porcentajes de cesión²¹. De este modo, si con el sistema anterior el 70% de todos los recursos de las CC.AA. provenían de los impuestos cedidos parcial o totalmente por el Estado, con el

²¹ Por tanto, forman parte de la capacidad tributaria los siguientes recursos tributarios

a. Recaudación del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, de los Tributos sobre el Juego y Tasas afectas a los servicios transferidos.

b. Recaudación del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos y del Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte.

c. La Tarifa autonómica del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, que asciende al 50% del rendimiento del impuesto.

d. Cesión del 50% de la recaudación líquida por Impuesto sobre el Valor Añadido.

e. Cesión del 58% de la recaudación líquida por los Impuestos Especiales de Fabricación sobre la Cerveza, (sobre el Vino y Bebidas Fermentadas), sobre Productos Intermedios, sobre el Alcohol y Bebidas Derivadas, sobre Hidrocarburos y sobre las Labores del Tabaco.

f. Cesión del 100% de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Electricidad.

¹⁹ Mariano Sánchez Bayle, «La financiación sanitaria», *Observatorio de Políticas de Salud*, núm. 7, 2010. Propone como mejoras la introducción sistemas de información homologables, actualizados y desagregados al menos por CCAA, la capacidad del Consejo Interterritorial del SNS para tomar decisiones vinculantes, y la financiación sanitaria con carácter finalista

²⁰ Ministerio de Economía y Hacienda: [página web](#).

nuevo modelo, este porcentaje pasa a ser aproximadamente el 90%.

2. La transferencia del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales instrumenta la participación de las Comunidades en este Fondo, garantía de equidad y nivelación inexistente en el sistema anterior, que tiene por objeto asegurar que cada Comunidad recibe los mismos recursos por unidad de necesidad para financiar los servicios públicos fundamentales esenciales del Estado de Bienestar. Se concretan los recursos que constituyen este Fondo (el 75% de la capacidad tributaria de las CCAA y la aportación del Estado), así como los criterios de reparto del mismo mediante una serie de variables: población protegida (gasto sanitario), dividida en siete grupos de edad, pondera el 38%; la escolar el 20,5%; el envejecimiento pondera un 8,5%; la superficie, un 1,8%; la dispersión un 0,6%; la insularidad el 0,6%.

3. El Fondo de Suficiencia Global opera como recurso de cierre del sistema, asegurando que las necesidades globales de financiación de cada Comunidad en el año base se cubren con su capacidad tributaria, la transferencia del Fondo de Garantía y el propio Fondo de Suficiencia.

Se añaden los Fondos de Convergencia que son, por una parte, el Fondo de Competitividad, para reducir las diferencias en financiación homogénea per cápita entre CCAA y que reparte anualmente entre las CCAA con financiación per cápita ajustada inferior a la media o a su capacidad fiscal, en función de su población ajustada relativa; el Fondo de Cooperación se crea con el objetivo último de equilibrar y armonizar el desarrollo regional, y que se reparte anualmente entre las CCAA de régimen común que tengan un PIB per cápita inferior al 90 % de la media, que tengan una densidad de población inferior al 50 % de la densidad media o que, teniendo un crecimiento de población inferior al 90 % de la media.

4. ¿CÓMO AFRONTAR SU CRECIMIENTO?: MEDIDAS EXTRAORDINARIAS SOBRE EL GASTO FARMACÉUTICO

Las medidas generales de contención del gasto sanitario

§ 14. Se ha señalado anteriormente la amenaza para la sostenibilidad del sistema sanitario que es el crecimiento del gasto y la progresiva disminución de los ingresos por el descenso de la recaudación fiscal.

La intensidad de la crisis económica ha motivado que los presupuestos públicos de estos últimos años tengan que ser más austeros, lo que impide afrontar el incremento incesante del gasto sanitario

Esta coyuntura singular ha motivado que en el ámbito de la sanidad se haya planteado la adopción de medidas extraordinarias de común acuerdo entre todas las fuerzas políticas y desde todas las instancias territoriales.

En concreto, el Consejo Interterritorial del SNS de 18 de marzo de 2009 adoptó un acuerdo sobre acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS, entre las que se distinguen medidas a corto dirigidas a la calidad, equidad y cohesión²², y otras en materia de eficiencia del sistema y control de gasto que son las siguientes:

a) Adoptar políticas comunes en materia farmacéutica. Se proponen medidas de control de gasto farmacéutico por importe de unos 1.500 millones de euros mediante una modificación del sistema de precios de referencia, rebaja de precios de medicamentos genéricos y fijación de precios máximos para medicamentos de síntomas menores. También, se considera conveniente que la incorporación de nuevos medicamentos en la cartera de servicios del SNS ha de basarse en criterios de coste-efectividad, así como trabajar de manera conjunta para desarrollar Guías farmacoterapéuticas que ayuden a que las decisiones clínicas se fundamenten en criterios de evidencia y coste-efectividad.

b) Establecimiento en 2010 de un procedimiento de compras agregadas para el conjunto del SNS, al que las CCAA se puedan sumar de manera voluntaria. Elaborar e implantar un sistema de información que permita compartir entre las CCAA los precios de compra a diferentes proveedores.

²² Entre las medidas dirigidas a la calidad, equidad y cohesión se encuentran:

a) Aprobación de una norma para la plena universalidad en el acceso a los servicios sanitarios del SNS.

b) Mejorar las garantías de los ciudadanos mediante una norma para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS que incorpore criterios marco acordados en el seno del Consejo Interterritorial tal como establece la LCCSNS.

c) Aprobación en el Consejo Interterritorial de un Calendario Vacunal único para toda España

d) Mejorar la accesibilidad del ciudadano al Sistema sanitario mediante un uso extensivo de las e-Health y nuevas tecnologías (atención telefónica, telefonía móvil, internet).

e) Extensión de la Historia Clínica Digital común del SNS.

c) Desarrollo de estrategias educativas, informativas y organizativas que ayuden a moderar la presión asistencial. Se trata de estrategias educativas, informativas y organizativas que incluirá la difusión del conocimiento del coste de los servicios sanitarios (explicitar el precio de los mismos e implantar la información al usuario del coste de los servicios consumidos, bien mediante facturas sombra, bien mediante la utilización de tablas estándar). Campañas que contribuyan a favorecer la adecuada utilización de los servicios, con especial atención a las urgencias hospitalarias.

d) Asimismo, se considera necesario trabajar para definir criterios comunes para las retribuciones que permitan incrementar la productividad y la calidad de los servicios de salud y establecer procedimientos de planificación compartidos.

Las medidas específicas de contención del gasto farmacéutico

§ 15. Dentro de estas medidas de contención del gasto sanitario, nos centraremos en las medidas adoptadas con respecto a la prestación farmacéutica ya que parecen ser efectivas en consideración de la reducción que últimamente se está produciendo de su crecimiento.

Si bien se trata de medidas que se vienen adoptando desde hace años, en aplicación del Acuerdo de 18 de marzo del 2009 del Consejo Interterritorial del SNS se han adoptado dos importantes medidas que han resultado muy polémicas: del Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico y del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

El análisis de estas medidas debe centrarse en su alcance y significado ya que se trata, como se ha indicado, de unas medidas de ahorro que pretenden contener (si no recortar) la creciente factura pública en medicamentos. Por lo tanto, si con estas medidas se pretende reducir el gasto farmacéutico –aproximadamente en unos 1500 millones de euros– lógicamente esto habrá de ser a costa de algo y de alguien. Entonces, ¿quiénes son los afectados y en qué se les afecta?: ¿son los operadores económicos del sector (laboratorios, almacenes y oficinas de farmacia) que han visto recortadas sus ganancias, o son los médicos y demás profesionales sanitarios a quienes se limita su actividad prescriptora, o bien son los ciudadanos a quienes se ha recortado la prestación farmacéutica?

Para una mejor interpretación del contenido de las medidas extraordinarias adoptadas sobre el gasto público en medicamentos conviene recordar la estructura de la prestación farmacéutica para precisar después en qué aspectos de ésta incide.

Aunque las medidas extraordinarias señaladas se contienen en el Real Decreto-Ley 4/2010 y 8/2010, debe adoptarse una perspectiva más amplia ya que las intervenciones sobre la prestación farmacéutica dirigidas a contener el gasto farmacéutico se han sucedido a lo largo de los dos últimas décadas y, en particular, en esta última que se inició precisamente con la adopción del Real Decreto-Ley 5/2000, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico, y que se refleja claramente en el I Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español, adoptado el 23 de diciembre de 2004. En esta trayectoria de la prestación farmacéutica, las últimas medidas adoptadas se contienen en los reiterados Real Decreto-Ley 4/2010 y 8/2010, que responden a una serie de medidas de carácter extraordinario y urgente que se planificaron por el Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS de 18 de marzo de 2010, con cuya aplicación se pretendía reducir el gasto farmacéutico en unos 1500 millones de euros.

Las medidas contenidas en los Reales Decretos-Leyes 4/2010 y 8/2010 procede analizar su contenido a partir del esquema de clasificación de la intervención sobre la prestación farmacéutica expuesto anteriormente (apartado 3).

Incidencia sobre las medidas de gasto racional

§ 16. Incidencia sobre el contenido de la prestación farmacéutica (gasto racional).

A) Financiación selectiva. A diferencia de lo sucedido en la década de los noventa en la que se excluyeron de la prestación farmacéutica bloques enteros de medicamentos de baja utilidad terapéutica o para sintomatologías menores, por ahora no se ha planteado la exclusión de medicamentos de la financiación pública como mecanismo para la reducción de gasto farmacéutico –aunque alguna Comunidad Autónoma como Navarra ahora esté incorporándose a las exclusiones que en su día evitaron–.

En cuanto a la financiación selectiva no se plantea tanto la exclusión de medicamentos ya financiados sino que lo que se pretende es completar los criterios dispuestos para financiar los nuevos medicamentos

que se vayan autorizando con la incorporación del criterio coste-efectividad²³.

B) Copago. Desde que se fijaran por última vez las aportaciones mediante el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios del SNS, los porcentajes de las mismas no se ha visto modificados.

Si bien las medidas extraordinarias no han afectado por ahora al copago, éste es uno de los principales ámbitos que podría ser objeto de modificaciones en un futuro inmediato²⁴.

Incidencia sobre las medidas de beneficio racional

§ 17. Incidencia sobre medidas que garantizan la sostenibilidad de la prestación farmacéutica y su evolución (beneficio racional).

A) Intervención sobre los beneficios de los laboratorios. Los laboratorios han visto directamente disminuido su margen de ganancias como consecuencia de dos medidas complementarias: una reducción en el precio de determinados medicamentos –en concreto de los genéricos sometidos o no al sistema de precios de referencia, por lo que puede considerarse como una bajada generalizada– y un descuento del 7,5% del precio en el resto, que se suman en uno y otro caso a los que tienen que hacer los distribuidores

²³ La inclusión de este criterio ya se mencionaba en el I Plan Estratégico y en el Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS de marzo de 2010, aunque no se ha hecho efectiva a pesar de los positivos resultados que ha aportado en otros países. Por esta razón resulta muy probable que se introduzca en un futuro inmediato para completar así la cuarta garantía: eficacia, calidad y, ahora, coste-efectividad. En todo caso se trata de una medida que solamente opera a medio-largo plazo, por lo que no ha sido contemplada como remedio inmediato para afrontar la situación de crisis.

²⁴ Aunque desde el Ministerio de Sanidad y Política Social se ha reiterado la negativa a introducir modificaciones al respecto, es cierto que se trata de un ámbito en el que podrían producirse recortes teniendo en cuenta que la mayoría de los medicamentos quedan excluidos del copago ya que corresponden a pensionistas, lo que sitúa en costas bajas el porcentaje de la aportación –de hecho, de los 12500 millones de financiación pública farmacéutica del año 2009 aproximadamente sólo el 15% fue aportado por los pacientes–. En este sentido son muy numerosas las propuestas que se vienen presentando en las que se propone un incremento del copago, algunas de las cuales podrían aplicarse minimizando las desigualdades vinculando las aportaciones en función de las rentas.

y las oficinas de farmacia a la factura de medicamentos a cargo del SNS²⁵.

En cuanto a la reducción de los precios industriales de los medicamentos genéricos incluidos en la financiación pública pretende incentivar su consumo y generar un mayor ahorro. Esta medida adoptada a través del Real Decreto-Ley 4/2010 debe dar lugar a una reducción de un 25% de media en el precio de los genéricos y un ahorro de 258 millones. Para la reducción en el precio se diferencia entre los medicamentos genéricos sometidos al sistema de precios de referencia y aquellos que no lo están. En el caso de los primeros la reducción del precio es proporcional conforme a determinados porcentajes en función de que su precio de venta al público estuviese más o menos próximo del precio de referencia, con lo que se pretende conseguir un distanciamiento proporcional de los medicamentos genéricos del precio de referencia que habrá de provocar la disminución de los medicamentos innovadores de marca para evitar la sustitución. Por otra parte, los medicamentos genéricos no incluidos en el sistema de precios de referencia se reducen de forma general en un 30%.

La otra gran medida adoptada que complementa la anterior con respecto aquellos medicamentos a los que no alcanza la rebaja, es el descuento del 7,5% sobre el PVL en la facturación de los medicamentos dispensados a cargo del SNS –ya sea por las oficinas de farmacia o por los servicios de farmacia dentro de la estructura sanitaria– que no sean genéricos y que estén fuera del sistema de precios de referencia. Para repartir esta deducción entre todos los agentes de la cadena farmacéutica, la distribución aplicará una deducción del 7,5 % sobre el precio de venta del distribuidor, correspondiendo al laboratorio farmacéutico aplicar igualmente una deducción del 7,5 % sobre el precio industrial máximo (art. 8 Real Decreto-Ley 8/2010)²⁶. Este descuento del 7,5% se ha aplicado

²⁵ El hecho de que se utilice este doble sistema y no se opte únicamente por una rebaja en el precio industrial de medicamentos en una mayor proporción –que al final repercute en todos los escalones del sector farmacéutico– se debe, muy probablemente, a la voluntad de no alterar en exceso el nivel de precios de los medicamentos dentro de la Unión Europea que podría alterar los flujos del comercio paralelo. Por esta razón se baja por una parte el precio industrial y se complementa con el descuento de las oficinas de farmacia.

²⁶ La estructuración de este descuento no ha estado exento de problemas ya que, al aplicar las oficinas de farmacia el descuento sobre la factura que se presenta a los Servicios autonómicos de salud deben soportarlo de forma anticipada por lo que se ha planteado la creación de un fondo dotado por la industria y los distribuidores que evite a las oficinas de farmacia adelantar las cantidades que a estos les corresponde.

igualmente a los productos sanitario, alcanzando un 20% en el caso de los absorbentes para la incontinencia de la orina.

Por lo demás, más allá de estas dos medidas de enorme impacto sobre los márgenes de los laboratorios, no se modifican las aportaciones directas por volumen de ventas de éstos al SNS y que se encuentran afectadas a la financiación de la investigación conforme a lo dispuesto en la disposición final sexta LGURM²⁷.

B) Intervención en los márgenes comerciales de distribuidores. Los almacenes y demás distribuidores han visto afectados sus ganancias como consecuencia del recorte articulado por partida doble. Por una parte sobre el porcentaje de sus márgenes comerciales incide el recorte que en el precio de venta del laboratorio de los medicamentos se ha efectuado ya que se trata de una medida que se extiende a los demás eslabones de la cadena del medicamentos, repercutiéndose en la distribución por los almacenes y en la dispensación por las oficinas de farmacia. También sus ganancias se ven afectadas por la parte que les corresponde (un 7,5%) en la deducción que deben efectuar las oficinas de farmacia a la facturación de medicamentos dispensados con cargo a la prestación farmacéutica del SNS (art. 8 Real Decreto-Ley 8/2010).

Por otra parte, otra medida que resulta muy relevante tanto para los laboratorios fabricantes como para los almacenistas es la introducción de un sistema de adquisición centralizada estatal de medicamentos y productos sanitarios a la que pueden adherirse CCAA (art. 13 Real Decreto-Ley 8/2010). Se trata de una medida que no es de impacto inmediato sino a medio plazo ya que requiere la aprobación de una orden del Ministerio de Sanidad y Política Social que declare la adquisición centralizada de los suministros de medicamentos y productos sanitarios que se contraten en el ámbito estatal por los diferentes órganos y organismos que se efectuará a través del Ministerio de Sanidad y Política Social.

C) Intervención en los márgenes de las oficinas de farmacia. La incidencia de las medidas extraordi-

narias sobre las oficinas de farmacia se proyectan igualmente, por una parte, sobre los márgenes comerciales que se ven afectados por la reducción en el precio de venta del laboratorio con respecto a los medicamentos y, por otra, por la deducción del 7,5% que tienen que efectuar sobre la factura que se presenta a cada uno de los Servicios autonómicos de salud.

Se trata de dos medidas que han tenido una enorme incidencia en la economía de las oficinas de farmacia y que se suman a la incertidumbre existente sobre su modelo de ordenación. El Consejo General de Colegios de Farmacéuticos ha señalado que las dos medidas implican una reducción de un 16% en los beneficios brutos de las farmacias lo que podría poner en peligro 7500 farmacias de las 22.000 que existen, lo que ha llevado incluso a plantear la posibilidad de crear junto al Ministerio de Sanidad un plan de rescate para la farmacias con riesgo de desaparición.

Por otra parte, y como intervención que en cierto modo viene a compensar el recorte en las ganancias de las oficina de farmacia con menor volumen de venta, se han modificado simultáneamente los umbrales de las deducciones previstas en el Real Decreto-Ley 5/2000. Se trata de una revisión del cuadro de aportaciones y deducciones que introdujera el Real Decreto-Ley 5/2000, que incrementa el mínimo para la aplicación de las deducciones lo que supone la exención de las mismas de un buen número de oficinas de farmacia (disposición final tercera del Real Decreto-Ley 4/2010).

Otra medida relacionada con los márgenes y deducciones propios de las oficinas de farmacia es la aplicación de una escala conjunta, tanto a fondos de las CCAA y del INGESA como a las Mutualidades que hasta el momento se regulaban de forma independiente conforme a lo previsto respectivamente en los Reales Decreto 823/2008 y 2130/2008. Esta unificación supone una equiparación en los márgenes y deducciones, y una gestión conjunto que facilita la actividad de las oficinas de farmacia.

Una última medida que no se dirige directamente a reducir el gasto público a través del sacrificio de las ganancias de las oficinas de farmacia pero que inciden sobre las mismas es la limitación a su capacidad de negociación al excluirse determinados descuentos que por pronto pago o por volumen de compra se venían ofreciendo por los distribuidores a las oficinas de farmacia. En este sentido los descuentos se limitan hasta un máximo de 5% para medicamentos financiados en general y un 10% en el caso de los genéri-

²⁷ Esto resulta lógico ya que los que se pretende con la reducción del precio de venta del laboratorio y con la deducción del 7,5% es una reducción del déficit que no se conseguirá incrementando estas aportaciones directas. En todo caso, no cabe duda que estas aportaciones se verán disminuidas por la reducción del precio industrial de los medicamentos –a lo que puede añadirse la deducción del 7,5%, lo que está por decidirse–, lo que implica una menor financiación de la investigación en este ámbito.

cos (disposición final segunda del Real Decreto-Ley 4/2010), lo que no constituye una medida directa de ahorro pero contribuye a garantizar que la dispensación no esté condicionada por factores económicos, es decir, por los beneficios que le ofrezca el distribuidor o el laboratorio.

Incidencia sobre las medidas de uso racional

§ 18. Incidencia sobre las medidas de ajuste del consumo de medicamentos a las necesidades de los pacientes (uso racional).

A) Sistema de precios de referencia. El Real Decreto-Ley 4/2010 modifica (en su disposición final segunda apartado cuarto) el sistema de precios de referencia contenido en el artículo 93 LGURM a partir de la experiencia adquirida para controlar más eficientemente el gasto farmacéutico mejorando y simplificando su aplicación, con lo que se prevé un ahorro aproximado de 888 millones de euros.

Las modificaciones en el sistema de precios de referencia arrancan con una medida relacionada con el cálculo del precio de referencia utilizando el coste/tratamiento/día menor, y no la media de los tres como se entendía hasta ahora.

Por otra parte se introduce un mecanismo para modular el impacto que los cambios en los precios de referencia producen en los laboratorios cuyos medicamentos se vean afectados seriamente. Así se prevé que, cuando por aplicación del sistema de precios de referencia el precio industrial de un producto se vea afectado de forma importante –más de un 50% del precio industrial–, esa supuesta pérdida debe enjugarse en el plazo de dos años.

Por último, se amplía la reducción del 20 % al 30 % de los precios de los medicamentos de los que no existiera genérico autorizado en España cuando hubiera genérico o biosimilar en la Unión Europea, en la medida que este tipo de medicamentos por su menor precio, favorecen el objetivo de disminuir el gasto farmacéutico.

B) Medidas sobre dispensación. Las medidas sobre la demanda han sido muy limitadas aunque de cierta relevancia. Por una parte se abre la posibilidad a la limitación de la dispensación de determinados medicamentos en los Servicios de Farmacia de los Hospitales (Disposición final cuarta Real Decreto-Ley 4/2010). Esto supone una salida de los medicamentos de mayor valor de las oficinas de farmacia vía hospitales, con la intención de ejercer un mayor

control sobre la prescripción y dispensación que mayor coste implica para el SNS.

Se trata de una medida de contención del consumo de medicamentos especialmente costosos similar a la de los visados, aunque esta afecta directamente a las oficinas de farmacia que pierden el margen de dichos medicamentos. Sin embargo, la introducción de esta medida no ha centrado el rechazo de las oficinas de farmacia, lo que puede deberse a que se trata de una medida que necesita de una concreción posterior, o bien porque en realidad tiene un impacto menor en sus ganancias.

Otra medida dirigida a la dispensación que ha tenido mayor repercusión mediática es la adecuación del número de unidades de los envases de los medicamentos a la duración estandarizada de los tratamientos y dispensación de medicamentos en unidosis que se impone a través del Real Decreto-Ley 8/2010. Esta medida debe concretarse en una resolución de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios mediante la que autoriza la dispensación de unidades concretas para los grupos de medicamentos y/o patologías que se determinen, con el fin de ajustar las unidades dispensadas a la duración del tratamiento. Estas unidades podrán dispensarse a partir del fraccionamiento de un envase de un medicamento autorizado e inscrito, respetando la integridad del acondicionamiento primario, excepto cuando sea procedente su reacondicionamiento protocolizado y garantizando las condiciones de conservación del medicamento.

Conclusiones

§ 19. A partir de este análisis de urgencia de las últimas medidas extraordinarias adoptadas para la contención del gasto farmacéutico se pueden alcanzar las siguientes conclusiones preliminares.

A) En primer lugar procede identificar a quién afecta las nuevas medidas extraordinarias. Como ha podido comprobarse, la práctica totalidad de estas medidas se dirigen a los operadores privados del sector farmacéutico. Se trata de medidas de beneficio racional que son encuadrables entre aquellas que se dirigen a garantizar la existencia de la prestación farmacéutica dentro del mercado de los medicamentos y su evolución equilibrando las ganancias y las pérdidas de estos actores privados.

Son, por tanto, los laboratorios farmacéuticos, los almacenes y las oficinas de farmacia los que sufrirán el recorte del gasto farmacéutico ya que se recorta sus beneficios. De hecho los 1.500 millones

de euros de ahorro se computan a partir de la reducción de ingresos de 1.148 millones para los laboratorios farmacéuticos, 67,23 millones para los almacenes de distribución y 342,32 para las oficinas de farmacia .

Este importante recorte de los beneficios de los operadores privados del sector explica el rechazo que ha provocado, así como la advertencia que han formulado señalando que una medida así provocará una contracción en el sector con el cierre de laboratorio, almacenes y, sobre todo, oficinas de farmacia, que afectarán en última instancia a los ciudadanos. La veracidad de esta última previsión está por ver y, de hecho, en la medida que no produzca la reducción anunciada podrá afirmarse que lo que sucedía antes de las medidas extraordinarias era que, en efecto, las ganancias eran desmedidas y que, por lo tanto, los beneficios no eran racionales.

En todo caso no deben obtenerse conclusiones precipitadas ya que, sea como fuere, se trata de ganancias absolutamente legítimas que no cabe reducir de forma desmedida si no se quiere afectar a la propia sostenibilidad y evolución del sistema. El cierre de una sola oficina de farmacia no sólo afecta a su titular y a los trabajadores de la misma, sino a todos los ciudadanos que se beneficiaban de sus servicios.

Por lo tanto, el objetivo debería ser alcanzar un verdadero beneficio racional para todos los operadores económicos del sector en el que éste se ajuste al valor que aportan cada uno de ellos, lo cual difícilmente se puede alcanzar por mecanismos estrictamente cuantitativos como son los márgenes y deducciones, por lo que se debería atender a los servicios prestados en cada caso.

B) Una vez identificados quiénes se han visto afectados por las medidas extraordinarias es posible señalar qué es lo que no han afectado dichas medidas. En efecto, estas medidas no afectan al contenido de las prestaciones farmacéuticas, por lo que no puede hablarse de que estas medidas supongan un recorte de su contenido ni, en definitiva, del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

Esta afirmación debe matizarse ya que, como se ha señalado anteriormente, si bien es cierto que estas medidas no afectan de manera inmediata a los ciudadanos no cabe duda que una incidencia exagerada sobre los laboratorios, almacenes u oficinas que produzca un desequilibrio en su actividad termina por afectar a los ciudadanos. La reducción de la investigación por parte de los laboratorios por falta de fon-

dos, la menor disponibilidad de medicamentos en las oficinas de farmacia por la ausencia de almacenistas, y la ausencia de suficientes oficinas de farmacia, afectan a mayor o menor plazo a los ciudadanos.

En cuanto a las perspectivas de futuro, una vez adoptadas estas medidas extraordinarias, se plantea, en primer lugar, si serán unas medidas permanentes o coyunturales. Si bien los afectados por dichas medidas dan por descontado que se trata de una medidas transitorias, parece poco probable que, incluso si se produjera una inmediata recuperación económica, se lleve a cabo un aumento en las ganancias de estos operadores en la misma medida que se produjo el recorte. Lo más probable es que es este recorte se convierta en algo estructural lo cual se podrá comprobar en cuanto se haga público el II Plan Estratégico que se viene elaborando por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Con respecto al futuro se plantean igualmente duda acerca de si se aprobarán otras medidas adicionales para reducir aún más el crecimiento del gasto farmacéutico. A este respecto el planteamiento desde el Ministerio de Sanidad y Política Social ha sido el de negar la adopción de nuevas medidas. Al margen de la voluntad política, es probable que la realidad económica exija la adopción de nuevas medidas que, en este caso, es más que probable que se dirijan al lado de la demanda de medicamentos que ha permanecido prácticamente incólume hasta ahora. No resulta descartable que se adopten medidas de uso racional con las que se reduzca el consumo, e incluso que termine por recortarse el alcance de la prestación farmacéutica incrementando el copago.

C) Por último, con respecto a sus resultados, una vez conocido el descenso en el crecimiento del gasto farmacéutico que ha tenido lugar en agosto de 2010 – un 6,40% menos con respecto al crecimiento interanual para el mismo mes en 2009–, se puede afirmar que es posible contener el gasto farmacéutico sin afectar al contenido de las prestaciones farmacéuticas.

En todo caso deberán considerarse los efectos colaterales ya que si bien es poco probable que se produzcan cierres y desaparición de oficinas de farmacia si es indudable que estas medidas retrasarán la ejecución de medidas que previstas como la implantación del sistema de trazabilidad, de la receta electrónica, etc. Ante la dificultad de valorar el alcance de esta incidencia solo cabe esperar que el ahorro en el gasto sanitario previsto sea efectivo y que el coste de oportunidad que implica merezca la pena.