

# LA DECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

*Dra. Pepa Burriel Rodríguez-Diosdado*

*Abogada*

*Profesora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social  
Universidad de Barcelona*

**SUMARIO:** **1. El Derecho a la salud. Perspectiva comparada:** a) España y los textos internacionales; b) La Unión Europea frente la modernización del modelo social; **2. El gasto sanitario:** a) España en comparación; b) Algunas de las tendencias de los países de la Unión Europea en materia sanitaria; **3. Algunas medidas llevadas a cabo en España para la contención del gasto público sanitario:** a) Del Copago en la Sanidad; b) La ruptura de la universalidad de la sanidad española y la asistencia sanitaria transfronteriza; **4. Conclusiones.**

## RESUMEN

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud español está siendo cuestionada, habiéndose adoptado con motivo de la crisis económica, medidas que afectan a la estructura y a los pilares de nuestra sanidad, que es necesario revisar.

## PALABRAS CLAVE

Derecho a la salud, copago, universalidad.

## ABSTRACT

The sustainability of the Spanish National Health System is being questioned, it was adopted on the occasion of the economic crisis measures affecting the structure and the pillars of our health, it is necessary to review.

## KEYWORDS

Right to health, copayment, universality.

## 1. EL DERECHO A LA SALUD. PERSPECTIVA COMPARADA

### a) España y los textos internacionales

El artículo 43 de la Constitución Española (CE) reconoce el derecho a la protección de la salud como un derecho de los ciudadanos y uno de los principios rectores de la política social y económica, concretando que les compete a los poderes públicos “*organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*”, estableciendo la Ley los derechos y deberes de todos al respecto. Pero la ubicación del artículo 43 en el capítulo III del Título I de nuestra Constitución no le otorga la protección y garantías que ostentan los derechos fundamentales; solamente si reconducimos el derecho a la salud al derecho a la vida, a la

integridad física y moral (artículo 15 CE) podemos ofrecer en nuestro actual sistema constitucional y legal la máxima consideración que se merece.

El artículo 12 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, estableció que “los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución”.

La crisis económica ha llevado a la adopción de medidas, tan drásticas como la modificación de la Constitución en su artículo 135. Se consolida con ello el principio de estabilidad presupuestaria y se establece que “*el Estado y las comunidades autónomas no podrán incurrir en un déficit estructural que supere los márgenes establecidos, en su caso, por la Unión Europea para sus Estados miembros*”. Este mandato constitucional se ha desarrollado en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, con el sistema sanitario, entre otros, como punto de mira. Pero no es la única medida restrictiva llevada a cabo con la crisis económica como telón de fondo, como iremos desgranando en el presente trabajo.

Por su parte, son muchos los textos internacionales que reconocen expresamente el derecho a la salud y más allá, la asistencia sanitaria como el medio a través del cual se hace efectivo el derecho. Revisemos algunos de ellos, sin ánimo de ser exhaustivos, pero acogiéndonos a la definición de salud por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “un estado de completo bienestar físico, mental, social y no meramente la ausencia de enfermedad o debilidad”<sup>1</sup>.

En primer lugar, la Declaración de Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París<sup>2</sup>, establece interesantes prescripciones aplicables al derecho a la protección de salud, empezando por el artículo 25.1 que especifica que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure tanto a él como a su familia, la salud y el bienestar, y, en especial, se indica, entre otros, la asistencia médica

y los servicios sociales necesarios. Podemos relacionar este artículo con el artículo 3 que reconoce el derecho a la vida, íntimamente conectado con el derecho a la salud, y el artículo 2 de la misma Declaración que extiende los derechos y libertades de la misma a todas las personas sin distinción basada en raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, tales como la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona.

En segundo lugar, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) firmado en Nueva York el 16 de diciembre de 1966, ratificado por España el 17 de abril de 1977<sup>3</sup>, establece que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortalidad infantil y la garantía del sano desarrollo de los niños.
- El mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

Según la Observación general nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del año 2000<sup>4</sup>, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

1. Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos.

3 BOE de 30 de abril de 1977.

4 Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general nº 14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

1 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1946.

2 Texto firmado por España el 4 de noviembre de 1950.

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); acceso a la información.

3. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
4. Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

- Respetar. Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).
- Proteger. Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales).
- Cumplir. Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

En tercer lugar, la Carta Social Europea, de Turín, 18 de octubre de 1961 del Consejo de Europa (Estrasburgo), ratificada por España el 29 de abril de 1980<sup>5</sup>. Ya en la Parte I del texto se establece que “*las partes contratantes reconocen como objetivo de su política, que habrá de seguirse por todos los medios adecuados, tanto de carácter nacional como internacional, el establecer aquellas condiciones en que puedan hacerse efectivos los derechos y principios siguientes*”, por lo que a nuestro tema interesa:

- Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar. Desarrollado posteriormente como artículo 11 de la parte II del texto, como derecho a la protección de la salud<sup>6</sup>.
- Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica. Desarrollado como artículo 13 de la Parte II de la Carta<sup>7</sup>.

No podemos obviar la importancia efectiva de los textos internacionales incorporados al Derecho español, más aun teniendo en cuenta que el sector sanitario es una pieza clave en el Estado de bienestar, uno de los principales cauces de redistribución de la riqueza, y uno de los factores que contribuyen a la mejora de los indicadores de salud y calidad de vida.

5 BOE de 26 de junio de 1980.

6 Artículo 11. “*Derecho a la protección de la salud. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: 1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente. 2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma. 3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidérmicas, endémicas y otras*”.

7 Artículo 13. “*Derecho a la asistencia social y médica. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes contratantes se comprometen: 1. A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de Seguridad Social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado. 2. A velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales. 3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar*”.



**Observación general nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del año 2000**

## b) La Unión Europea frente la modernización del modelo social.

La Unión Europea tampoco ha permanecido al margen del derecho a la salud y la preocupación por la atención y el gasto de la asistencia sanitaria en los países miembros, aunque como veremos a continuación haya sido más de una manera subordinada a otros objetivos considerados prioritarios como el cambio demográfico y la lucha contra la pobreza. El artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea es el marco donde se mueve la política sanitaria de la Unión, cuyo fundamento es que la salud humana esté bien protegida y sea tomada en consideración en otras políticas y actividades de la Unión.

Así, con la finalidad de modernizar los mercados laborales y los sistemas de protección social, combatir la pobreza y promover la igualdad de oportunidades, a fin de impulsar la prosperidad y la solidaridad social en la UE, salió a la luz en 2005 el “*Programa Social de la UE 2005-2010*”. Se destacaban en él dos prioridades:

- El empleo, abarcando temas como la movilidad profesional, las pensiones transferibles, más y mejores puestos de trabajo, la adaptación a nuevas formas de trabajo y la gestión de la reestructuración empresarial a través del diálogo social.
- La lucha contra la pobreza y la promoción de la igualdad de oportunidades con puntos clave como el tratamiento del cambio demográfico, la reforma de las pensiones y la asistencia sanitaria.

Puesto que todas las medidas previstas se habían adoptado a fecha 2005, la Comisión Europea lanzó en julio de 2008 un paquete renovado del programa social.

Ese mismo año 2005, la Comisión reiteraba el fuerte compromiso existente [COM (2005) 706 final, 22.12.2005] en cuanto a la modernización del modelo social existente, objetivo iniciado con el MAC (método abierto de coordinación)<sup>8</sup> surgido del obje-

tivo estratégico del Consejo Europeo de Lisboa de marzo de 2000, donde se abogaba por una mayor cohesión social. Destacaba la Comunicación de la Comisión en 2005 el consenso relativo a las pensiones de jubilación, donde la preocupación fundamental se manifestaba en torno a los tres siguientes puntos: la suficiencia, la continuidad, la modernización de los sistemas. En conjunto implicaban, fundamentalmente, la necesidad de promover vidas laborales más largas, a sabiendas que eso podía constituir un incremento en el gasto y atención sanitaria.

De nuevo, en el 2006 la Comisión volvía a manifestarse [COM (2006) 574 final, 12.10.2006], en este caso, planteándose directamente “*la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas en la UE*” donde el envejecimiento de la población constituía el principal reto, que implicaba a su vez otros tantos, económicos, presupuestarios y sociales debido a su repercusión en el crecimiento y en los gastos públicos. De esta manera un alto déficit y una deuda creciente en un Estado miembro podían tener, afirmaba la Comunicación, influencia negativa sobre los sistemas macroeconómicos de otros Estados miembros, advirtiendo la necesidad de corregir los déficits presupuestarios y fomentar prácticas coherentes a tiempo, antes de que el envejecimiento de la población implicara una subida del gasto público. Así se refería expresamente al incremento de los siguientes gastos: pensiones, asistencia sanitaria y asistencia de larga duración.

La Comisión proponía, tras la clasificación de los riesgos de los diferentes Estados miembros (alto, medio y bajo), y para responder al envejecimiento de la población (además del retraso de la edad efectiva de jubilación): una reducción rápida de la deuda, un aumento de las tasas de empleo y productividad, una reforma de los sistemas de pensiones, de la asistencia sanitaria y de la asistencia de larga duración. Pero la propuesta no daba suficientes herramientas para ello.

Los términos de dicha Comunicación del 2006 muestran una preocupación por el tema que nos atañe y, más aún, la necesidad de la anticipación a esos

<sup>8</sup> En este sentido los objetivos fundamentales del MAC para la protección social y la inclusión en relación con el tema que nos ocupa se resumirían en la promoción de la “*cohesión social y la igualdad de oportunidades para todos a través del sistema de protección social y políticas sociales de inclusión adecuadas, accesibles, financieramente viables, adaptables y*

*eficientes*”. Los indicadores aprobados en el seno del MAC (14 indicadores comunes, complementados por distintos indicadores específicos, actualizados en 2008-2009) incluyen sin duda alguna: la pobreza y exclusión social, las pensiones, la salud y el cuidado a largo plazo.

riesgos, en aquel momento potenciales, con el fin de evitar el desequilibrio económico europeo entre los países con diferentes riesgos<sup>9</sup>.

Un giro en materia de salud pública se produciría con la aparición del Libro Blanco de la Comisión, de 23 de octubre de 2007 “Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)” [COM (2007) 630 final], donde se recogían los principios siguientes:

- “Una estrategia basada en valores sanitarios compartidos”, donde se destacaba como la Comisión Europea había adoptado una declaración un año antes, destacando como valor común y fundamental, la universalidad, el acceso a una atención de calidad, la equidad y la solidaridad.
- “La salud es el tesoro máspreciado”, poniendo de manifiesto cómo una buena salud es un factor importante de crecimiento económico y, por ello, entre otras cuestiones, debían los gastos sanitarios hacerse como inversiones en prevención, para el conjunto de la población.
- “La salud en todas las políticas”, es decir, la iniciativa Health In All Policies (HIAP), cuyo objetivo era integrar la salud en sentido amplio en todas las políticas de la Unión.
- “Reforzar la voz de la UE en el ámbito de la salud a nivel mundial”, para reforzar la cooperación en la materia entre todas las organizaciones internacionales.

En el 2008, la tasa de empleo en la UE se situaba en el 66%, siendo el objetivo global fijado para el año 2010 por Lisboa un 70%, insistiéndose desde la Comisión en la necesidad de la “flexiguridad” para cumplir tales objetivos<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> No está de más recordar en este punto que Grecia se encontraba ya entre los países con un alto nivel de riesgo según datos de la Comisión.

<sup>10</sup> En la Comunicación de la Comisión de 3 Junio 2009 se destacaba en la introducción: “*La flexiguridad sigue siendo el planteamiento adecuado para modernizar y fomentar la adaptabilidad de los mercados de trabajo, incrementar la competitividad y prepararse para la recuperación*”. En este sentido, exigían la combinación de los siguientes factores: mercado laboral flexible, organización del trabajo y relaciones laborales, así como un alto nivel de empleo y seguridad de ingresos. Todo ello para hacer frente al cambio demográfico y financiar el gasto

La Comisión expresaba su intención de anticiparse y gestionar así el cambio demográfico, en particular aumentando el número de trabajadores de más edad<sup>11</sup>, pero, sin olvidar la mejora necesaria en los distintos modelos europeos de asistencia sanitaria que podían verse perjudicados por el incremento de gasto de los trabajadores de edad avanzada.

El problema de base para la Unión Europea es y sigue siendo garantizar la sostenibilidad de las pensiones, y el punto central en el que la UE ha centrado sus esfuerzos en apoyar a los Estados miembros a incentivar a los ciudadanos para que amplíen su vida laboral, o en otras palabras, hacer que trabajar durante más tiempo sea una opción más atractiva para no perder prestaciones en materia de pensiones.

Los problemas básicos e interrogantes que surgen en torno a las pensiones se pueden concentrar de la siguiente manera:

- La viabilidad de las pensiones, a causa del envejecimiento de la población, la baja tasa de natalidad, la expulsión del mercado de trabajo de los trabajadores de edad avanzada y el desconocimiento exacto de los flujos migratorios<sup>12</sup>, que podrían provocar un incremento del gasto público en pensiones, dada la existencia hipotética de menor número de trabajadores<sup>13</sup>; tema que no es objeto de análisis en este artículo.

---

del envejecimiento de la población, entre ellos el incremento de la presión sobre los planes públicos de pensiones, recurriendo cada vez más, para asegurar la sostenibilidad de las pensiones a los planes privados, debiéndose determinar por tanto el equilibrio entre ambos sistemas, fondos privados y públicos.

<sup>11</sup> <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=816&langId=en>

<sup>12</sup> Sobre la proyección de los flujos netos migratorios realizados por la UE, véase *The 2009 Ageing Report: underlying Assumptions and Projection Methodologies European Economy 7/2008*, by European Commission (DG ECFIN) and The Economic Policy Committee (AWG), 2008, págs. 37-39.

<sup>13</sup> Aunque cierto sector de la opinión pública considera que podría incluso producirse una disminución del gasto público puesto que la expulsión del mercado de trabajo de los trabajadores de edad avanzada implica que éstos al momento de acceso a la pensión de jubilación recibirían cantidades menores, dado el cómputo de dichas pensiones sobre la vida laboral más reciente, con las salvedades y diferencias que se deriven de cada sistema nacional.

- El incremento del gasto público en relación a la asistencia sanitaria para las personas de edad avanzada<sup>14</sup>. La lógica es que a medida que la población envejece la necesidad de este tipo de atenciones de larga duración aumenten, incrementándose el gasto sanitario de los Estados miembros, ya que se trata de una competencia de los mismos<sup>15</sup>, en los que la UE no interviene para diseñar los sistemas nacionales, añadiéndose el problema de la trasposición de la Directiva 24/2011/UE de asistencia sanitaria transfronteriza<sup>16</sup>, al que luego haremos referencia.

En medio de una grave crisis mundial la Comisión Europea realizó una nueva Comunicación al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones relativa al compromiso compartido a favor del empleo en estos momentos de crisis [COM(2009) 257 final, 3.6.2009] abogando por la necesidad no sólo de medidas para luchar contra el impacto social y el empleo, sino de una reforma estructural necesaria para hacer frente a los problemas que a largo plazo se plantean. Tres eran las claves, a donde debían ir dirigidas las medidas de los Estados miembros: mantenimiento del empleo, creación de puestos de trabajo y promoción de la movilidad; mejora de las competencias y la satisfacción de las necesidades del mercado de trabajo; incremento del acceso al empleo.

Resulta curioso destacar como en este documento de 2009 la preocupación de las instancias europeas se centra exclusivamente en el mercado laboral<sup>17</sup>, ob-

jetivo claramente influenciado por las altas tensiones que se estaban produciendo en los distintos Estados miembros con la cuantiosa destrucción de empleo y la desigual creación de puestos de trabajo; pese a la inclusión de la asistencia sanitaria en otros documentos similares previos como parte inherente y fundamental a la sostenibilidad de los Estados, en 2009 no se incluye ninguna referencia al respecto.

En este mismo sentido, la Comunicación de la Comisión “Europa 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador”, [COM (2010) 3.3.2010]<sup>18</sup>, propone el siguiente objetivo principal de la UE en relación con el tema que nos ocupa: “El 75 % de la población de entre 20 y 64 años debería estar empleada”, mediante, entre otras cosas, una mayor participación de las mujeres y los trabajadores más mayores y una mejor integración de los inmigrantes en la población activa. Se destacan así dos carencias estructurales en Europa: un nivel de empleo todavía más bajo en relación con otras partes del mundo<sup>19</sup>; y un aceleramiento del envejecimiento de la población<sup>20</sup>.

La combinación de ambos factores -menor población activa y una mayor proporción de jubilados- se traducirá en más tensiones en nuestros sistemas de bienestar. Para el cumplimiento de tales objetivos se fijan 7 iniciativas emblemáticas, destacamos la siguiente: «Agenda de nuevas cualificaciones y empleos», dirigida a la modernización de los mercados laborales y la potenciación de la autonomía de las

---

vorecidos, como las mujeres, previniendo con carácter general la inactividad y el desempleo de larga duración en todos ellos.

18 “El núcleo de Europa 2020 debería estar constituido por tres prioridades:

– Crecimiento inteligente: desarrollo de una economía basada en el conocimiento y la innovación.

– Crecimiento sostenible: promoción de una economía que utilice más eficazmente los recursos, que sea verde y más competitiva.

– Crecimiento integrador: fomento de una economía con un alto nivel de empleo que redunde en la cohesión económica, social y territorial”.

19 Sólo el 63 % de las mujeres trabajan, en comparación con un 76 % de los hombres, y solo el 46 % de los trabajadores más mayores (55-64 años) tienen un empleo, en comparación con más del 62 % en Estados Unidos y Japón. Por otra parte, el europeo medio trabaja un 10 % de horas menos que su equivalente estadounidense o japonés.

20 Donde la población activa de la UE empezará a disminuir a partir de 2013/2014. El número de mayores de 60 años aumentará dos veces más rápido de lo que lo hacía antes de 2007 (dos millones al año en vez de en un millón anteriormente).

---

14 Sobre las proyección de gastos relacionados con la edad, v. *Special Report No. 4/2005 The 2005 projections of age-related expenditure (2004-2050) for the EU-25 Member States: underlying assumptions and projection methodologies*, by the Economic Policy Committee and the European Commission (Economic and Financial Affairs DG), European Communities, 2006.

15 [www.ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/health\\_and\\_lt\\_care\\_en.htm](http://www.ec.europa.eu/employment_social/spsi/health_and_lt_care_en.htm)

16 La Directiva ha sido traspuesta en España a través del Real decreto 81/2014, de 7 de febrero.

17 En este sentido, se prioriza a los colectivos de trabajadores desempleados adultos para que se reincorporen al mercado de trabajo, concediéndoles, en un plazo máximo de tres meses desde su acceso al servicio público de empleo, una formación adicional, un período de aprendizaje u otra medida de empleabilidad; igualmente haciendo más atractiva la contratación para el empresario incentivos, todo ello unido a medidas no incentivadoras de los programas de jubilación anticipada.

Asimismo para reducir el impacto social de la crisis no se pueden olvidar, continuaba la Comisión, otros colectivos desfa-

personas a través del desarrollo de capacidades a lo largo de su vida, con la intencionalidad de aumentar la participación laboral y lograr la adecuación de la oferta y la demanda de trabajos, en especial lo relativo a la movilidad laboral.

A raíz de la Comunicación, un nuevo texto, esta vez del Consejo Europeo, [EUCO 7/10, 26.3.2010, recogía como objetivo prioritario: aumentar hasta el 75% la tasa de empleo de los hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 64 años, incluso mediante una mayor participación de los jóvenes, los trabajadores de mayor edad y los trabajadores de menor cualificación y mejorando la integración de los migrantes legales. Una vez más al asistencia sanitaria había sido olvidada de los textos de modernización del modelo social

Junto con otras medidas particulares a nivel sanitario y de los diferentes programas plurianuales de salud (el último 2014-2020 y con una dotación económica de 449 millones de euros), en el mes de febrero de 2013, la Comisión europea bajo el título “Inversión social para el crecimiento y cohesión” aprobó un conjunto de medidas para las inversiones en salud, con el objetivo fundamental de conseguir que la salud sea un valor en sí mismo y, al mismo tiempo, un elemento fundamental para la prosperidad.

## 2. EL GASTO SANITARIO

### a) España en comparación

En cifras macroeconómicas el gasto en que los diversos países destinan al componente sanitario es variable. Según los últimos datos conocidos de la OCDE, en su *Informe sobre la salud 2014*<sup>21</sup> España en 2011 (último dato conocido) dedicó el 9.4% de su PIB al gasto sanitario (0.1% más que en el año anterior), una proporción casi igual al promedio en los países de la OCDE (9.3%)<sup>22</sup>.

21 Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. España en comparación. [www.oecd.org/spain](http://www.oecd.org/spain) y [www.oecd.org/health/health.data](http://www.oecd.org/health/health.data)

22 Gasto medio de los países de la OCDE en 2010 fue de un 9.5%; excluyendo los gastos de capital, el gasto actual en salud como porcentaje del PIB cayó de un 9.1% en promedio en 2010 a un 9.0% en 2011. Según ECO-Salud OCDE, 2013, disponible en OCDE.Stat. Si atendemos a cifras proporcionadas por Eurostat 2013, el gasto en sanidad es de 67500 millones

La crisis financiera y económica condujo a un incremento de gasto en salud como proporción del PIB en España, el PIB comenzó a caer bruscamente en el segundo semestre de 2008 y durante 2009, mientras que el gasto en salud continuó subiendo, aunque a un ritmo más lento. Sin embargo, unas reducciones subsecuentes del gasto sanitario en 2010 y en 2011 llevó a una disminución de dicha proporción. El gasto sanitario como proporción del PIB es más alto en los Estados Unidos (el cual gastó 17.7% de su PIB en la salud en 2011)<sup>23</sup>, seguido por los Países Bajos (11.9%), Francia (11.6%) y Alemania (11.3%), del 9.3 % del PIB.

España, junto con Grecia<sup>24</sup>, Irlanda e Islandia, es de los pocos países que redujo el gasto en sanidad dos años consecutivos, en 2010 y 2011. El gasto sanitario en España creció, en términos reales, un 5.6% en promedio anual entre 2000 y 2009, más rápido que el promedio de la OCDE de 4.8%, pero cayó un 0.5% en 2010 y un 2.8% en 2011. Este crecimiento negativo se debió a una gran reducción en el gasto sanitario público. El año 2010 España supuso el 9,6%, ligeramente por encima de la media (9,5%).

España se encuentra por debajo del promedio de la OCDE en cuanto al gasto total per cápita<sup>25</sup> -3339 USD-, con un gasto promedio de 3072 USD en 2011<sup>26</sup> [ver tabla en la página siguiente].

---

euros en España.

23 Fuera de Europa, el crecimiento del gasto de salud también se desaceleró en 2010 y 2011, sobre todo en Canadá (3.0% en 2010 y 0,8% en 2011 en términos reales) y Estados Unidos (2,5% en 2010 y 1,8% en 2011, también en términos reales). En los Estados Unidos, la proporción del gasto en salud respecto al PIB se ha mantenido en el 17,7 por ciento entre 2009 y 2011, después de años de constante aumento. No está claro todavía si la reciente desaceleración refleja factores principalmente cíclicos y, por lo tanto, no puede tener un efecto duradero en el crecimiento de la economía y su recuperación, o si refleja más cambios estructurales, como una difusión más lenta de las nuevas tecnologías y los productos farmacéuticos, y los cambios en los pagos a proveedores que resulten en una mayor eficiencia. Durante 2012 EEUU gastó un 16.9% PIB, un porcentaje menor que en años anteriores.

24 En Grecia, el gasto total de salud se redujo en un 11% tanto en 2010 y 2011, después de una tasa de crecimiento anual de más del 5% de media entre 2000 y 2009. Estas reducciones fueron impulsados principalmente por los recortes en el gasto público.

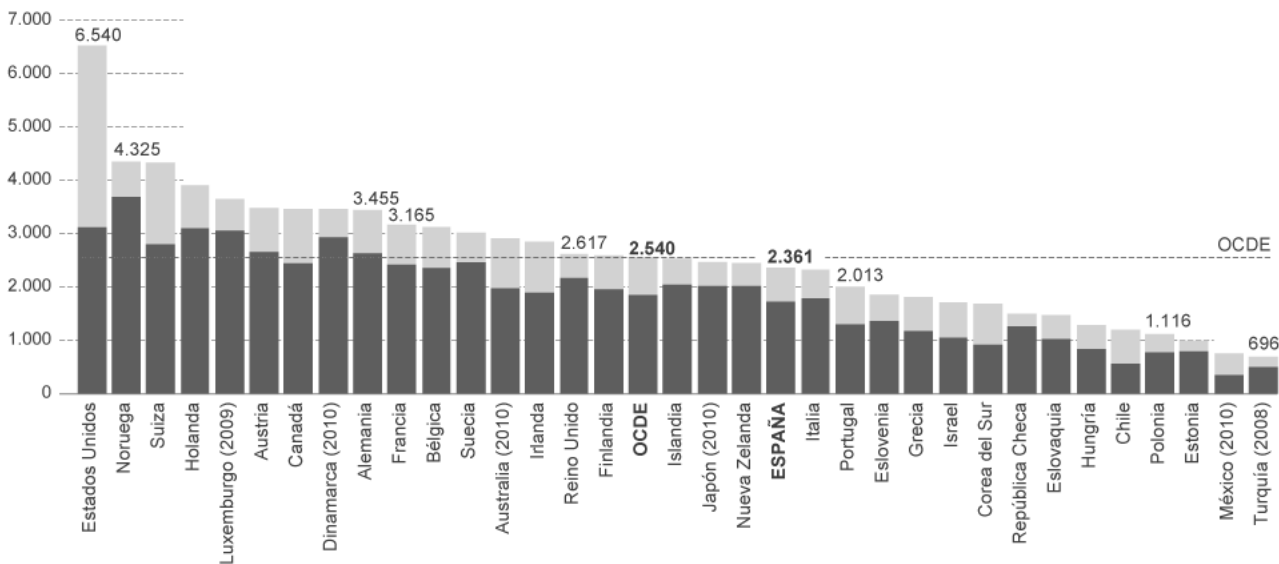
25 La OCDE calcula los datos en dólares, ajustados por la variable paridad de poder de compra (PPC), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común.

26 OCDE, Base de Datos sobre la salud 2013, España en comparación.

Estadísticas de la Salud de la OCDE, 27 junio 2013

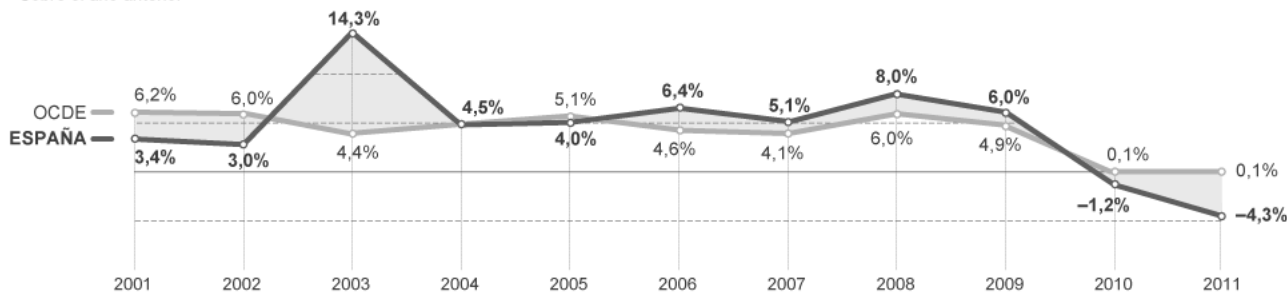
► GASTO SANITARIO POR CIUDADANO EN 2011

En euros ■ Sanidad pública  
■ Sanidad privada



► VARIACIÓN DEL GASTO EN SANIDAD PÚBLICA

Sobre el año anterior



Por otra parte, según el último Informe *General government expenditure in 2011-focus on the functions social protection and health* publicado por Eurostat<sup>27</sup> respecto a la Sanidad [ver tabla en la página siguiente], España gastó 1463 euros por habitante, lo que supone 631 euros menos que la media de la Eurozona de 17 países (un 31% menos), 2094 euros por ciudadano, situándonos como país en el puesto número 11, sólo delante de Eslovenia (1209 euros anuales), Grecia (1105 euros anuales), Portugal (1097 euros), Malta (875 euros), Eslovaquia (752 euros) y Chipre (716 euros)<sup>28</sup>.

El sector público es la fuente principal de fondos en salud en todos los países de la OCDE, a excepción de Chile, los Estados Unidos y México. En España, la proporción de financiamiento público del sector de la salud alcanzó el 73% en 2011, una proporción ligeramente superior al promedio en la OCDE de 72%. Los países con las proporciones públicas de gastos en salud más altas (más del 80%) son los países nórdicos (Dinamarca, Noruega, Islandia y Suecia), el Reino Unido y el Japón.

27 Eurostat 2013. Asimismo, estos datos revelan que el mayor gasto por habitante en la Eurozona se realiza en Luxemburgo, con un coste de 3910 euros por ciudadano. Consultado a través de [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFF-PUB/KS-SF-13-009/EN/KS-SF-13-009-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFF-PUB/KS-SF-13-009/EN/KS-SF-13-009-EN.PDF).

28 En el conjunto de los 27 países de la Unión Europea

(UE), según este mismo informe de Eurostat 2013 España desciende hasta el puesto 14 en gasto sanitario por habitante, con 380 euros menos de inversión en sanidad por persona que la media de la UE (1.843 euros). España cae tres puestos en esta lista por la inclusión de Dinamarca (3.607 euros por persona y año en sanidad), Reino Unido (2.233 euros) y Suecia (2.886 euros), miembros de la UE fuera de la Zona Euro. Respecto al porcentaje del PIB destinado a Sanidad, España queda un 1,1 por ciento por debajo de la media de la Eurozona (7,4%) y un punto por debajo de la media de los 27 (7,3%).

## General government expenditure in 2011-focus on the functions social protection and health

Table 4: Total general government expenditure on health by country, 2011

	% GDP	millions of euro	euro per inhabitant
EU-27	7.3	926 728	1 843
EA-17	7.4	695 844	2 094
BE	7.9	29 148	2 655
BG	4.6	1 772	241
CZ	7.8	12 145	1 157
DK	8.4	20 088	3 607
DE	7.0	182 510	2 232
EE	5.1	813	606
IE	7.5	11 945	2 660
EL	6.0	12 472	1 105
ES	6.3	67 500	1 463
FR	8.3	164 882	2 530
IT	7.4	116 195	1 913
CY	3.4	609	716
LV	4.1	831	404
LT	5.2	1 616	533

	% GDP	millions of euro	euro per inhabitant
LU	4.8	2 031	3 910
HU	5.1	5 132	515
MT	5.6	366	875
NL	8.5	50 966	3 053
AT	7.8	23 322	2 770
PL	4.7	17 529	455
PT	6.8	11 680	1 097
RO	3.4	4 444	208
SI	6.9	2 481	1 209
SK	5.9	4 093	752
FI	7.8	14 829	2 753
SE	7.0	27 271	2 886
UK	8.0	140 057	2 233
IS	7.6	769	2 412
NO	7.3	25 620	5 173
CH	2.1	9 802	1 246

El gasto previsto va en aumento y las proyecciones del mismo para la Unión Europea rondan el 12% en el año 2020, aunque muchos países de la UE han procedido a una reducción importante del gasto en los últimos años, fundamentalmente en el 2011, tanto en cuanto al gasto farmacéutico –por ejemplo, en España se incrementó la proporción de medicamentos genéricos en el volumen total de consumo a más del doble entre 2006 y 2011- como su gasto en prevención y salud pública o el gasto hospitalario, a través de reducción del personal de los hospitales, de las camas en los mismos, los salarios del personal sanitario y el aumento de los copagos de los pacientes. Sirva de ejemplo en este punto que Portugal redujo en este año su gasto farmacéutico en un 20%, Grecia en un 13% y España en un 8%.

Como es sabido, en los últimos años, debido a una escasez de recursos, a unos costes crecientes y a la introducción de las nuevas tecnologías, se ha intentado en varios países ordenar y priorizar los servicios sanitarios, dado que los recursos disponibles son limitados y que invertir más recursos en un sector implica invertir menos en otro (coste de oportunidad), para asegurar la provisión de los servicios más importantes.

Al estudiar los sistemas sanitarios de un país estamos analizando los valores de la sociedad con respecto a la salud: sus modelos de financiación y de asignación de recursos, la cartera de servicios y el grado de protección deseado, su legislación, su organización administrativa y su modelo de gestión para garantizar una prestación eficaz, efectiva, eficiente y de calidad.

Los sistemas sanitarios son sistemas complejos, abiertos e interrelacionados con factores determinantes de otros sistemas, como el político o el fiscal, y deben cumplir, para considerarse “sistema”, las cualidades de ser: universal, con atención integral, con equidad en la distribución de los recursos, eficiente, con flexibilidad y con participación de los ciudadanos en su planificación y gestión.




El concepto de equidad en términos sanitarios se refiere a la igualdad, tanto en la posibilidad de acceso como en el trato, sin distinción de sexo, religión o raza; e igualdad de cartera de servicios para todos los ciudadanos. Otro concepto importante es la necesidad de calidad asistencial, tanto en eficacia como en eficiencia. Eficacia, para lograr el efecto deseado, el correcto diagnóstico y tratamiento logrando la curación, o la mejoría, mediante la rehabilitación. Eficiencia, relacionada con el coste para lograrla.

#### b) Algunas de las tendencias de los países de la Unión Europea en materia sanitaria

Los países de la UE ofrecen una cobertura prácticamente universal aunque deriven de modelos diferentes, como los mutualistas o modelo Bismarck, basado principalmente en contribuciones a la Seguridad social (Francia y Alemania), y los de sistema nacional de salud o modelo Beveridge, financiados principalmente por presupuestos del Estado, también en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad (como Reino Unido, Italia, España y Portugal). Actualmente la tendencia es hacia un modelo convergente de los dos sistemas.

Los sistemas de salud de estos países reflejan realidades muy dispares en lo que respecta a derechos de los pacientes y a medios de financiación, siendo variadas las fórmulas adoptadas para disminuir su deuda sanitaria y hacer más sostenible su sanidad pública: copago, céntimo sanitario, tique moderador. La frontera entre sanidad pública y privada cada vez está más diluida. Los sistemas han incluido el pago de medicamentos, pago de consultas, pruebas complementarias y días de hospitalización para moderar el gasto, gravar con impuestos la comida de los hospitales, pago por habitación individual, cobrar a pacientes que acudan a urgencias con problemas que pudieran ser valorados como no urgentes, canon por las ambulancias, pago por enfermería, pago por prestaciones no básicas, etc.

**El gasto sanitario en Europa en 2011:  
Algunas variables**

			
	ESPAÑA	ALEMANIA	FRANCIA
<b>MEDICINAS</b>	Pago compartido	Pago 10% (excepto menores)	Pago íntegro
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	Gratuito	Pago mínimo 10 euros/día, con máximo 28 días	Pago 20% más 14 euros, con máximo 30 días
<b>URGENCIAS</b>	Gratuito	Pago 25 euros/urgencia	Gratuito
<b>CONSULTA MÉDICA</b>	Gratuito	Pago 10 euros/trimestre por visita	Pago 30% coste más 1 euro, con un máximo de 50 euros/año

			
	REINO UNIDO	ITALIA	PORTUGAL
<b>MEDICINAS</b>	Pago compartido	Gratuito	Medicamentos subvencionados
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	Gratuito	Gratuito, pero con pago de pruebas diagnósticas	Pago de 5'20 euros, excepto embarazadas, menores, jubilados, enfermos crónicos
<b>URGENCIAS</b>	Gratuito	25 euros si la urgencia no es justificada	Pago 8,40 euros
<b>CONSULTA MÉDICA</b>	Gratuito	Pago especialista entre 15 y 20 euros	Pago 2,20 euros

El 80% de los países europeos tienen instaurada una u otra forma de copago sanitario con distinto fin, pero hay que destacar que en la actualidad no existe una norma europea –ni Reglamento ni Directiva– que regule las fórmulas de copago que homogenice los criterios para su imposición, por tanto **¿cómo se aplica el copago sanitario en Europa? Veamos brevemente algunas de las fórmulas de los países que lo están utilizando.**

Los **franceses** comenzaron a pagar por ir al médico en 2004<sup>29</sup>. Hoy en día, acudir a una consulta les cuesta una media de 23 euros aproximadamente, aunque la Seguridad Social les reembolsa dos tercios de ese dinero.

Además, deben abonar un euro por cada prueba o visita al especialista y 50 céntimos por las medicinas. En los hospitales, cada día de ingreso cuesta 18 euros. Los fármacos pueden estar subvencionados total o parcialmente. Hay que tener en cuenta que los propios usuarios podrán elegir los especialistas, así como los centros médicos u hospitales.

Esta fórmula ha llevado a los franceses a contratar de forma casi generalizada seguros privados que sufraguen los gastos que no cubre la sanidad pública, por lo que una mejor y más completa asistencia sanitaria se hace depender de los recursos económicos de los ciudadanos.

El mismo sistema se ha establecido en **Bélgica**<sup>30</sup> con idénticas características al sistema francés.

También en **Alemania**<sup>31</sup> funciona la fórmula del copago. Quienes ingresan más de 400 euros al mes deben destinar una parte de su sueldo a un seguro médico obligatorio.

Los pacientes realizan un pago único trimestral de 10 euros que les permite acudir al médico de cabecera y a especialistas; una vez pagada esa cantidad, el paciente podrá acudir a los centros médicos tantas veces como necesite, así como realizarse todo tipo de pruebas sin ningún coste añadido. En caso de hospitalización, abonar 10 euros por día, con un tope

29 Información obtenida del Ministerio de Asuntos sociales y sanidad francés, a través de la página web del mismo <http://www.sante.gouv.fr/>.

30 Información obtenida a través de la Organización Mundial de la Salud, consultada en <http://www.who.int/countries/bel/es/>.

31 Información extraída de <https://www.deutschland.de/es/topic/politica/alemania-europa/ministerios-federales>.

cercano a los 300 euros anuales. Eso sí, los servicios de pediatría, tanto consulta como hospitalización, no tienen ningún coste.

En **Italia**<sup>32</sup> utilizan un sistema mixto que cuenta con una gran aceptación entre la población: las consultas al médico de familia son totalmente gratuitas, mientras que las visitas a los médicos especialistas tienen un coste que oscila entre los 36 y los 50 €.

Por otra parte, los pacientes de **Noruega**<sup>33</sup> son los más afectados en este sentido porque deben hacerse cargo del coste de todos los servicios médicos y únicamente el Estado intervendrá en caso de que la suma total sea muy elevada, financiando esa parte restante al paciente.

**Portugal**<sup>34</sup> también cuenta con su propio sistema sanitario de pago, en este caso, cualquier visita al hospital o centro médico tendrá un coste que oscilará entre los 1.5 y 5 €, mientras que las visitas a urgencias pueden suponer al paciente un desembolso de hasta 8 €. Finalmente, los pacientes portugueses que necesiten estar ingresados tendrán que abonar 5,20 € por cada día de ingreso.

Por último, **Reino Unido**<sup>35</sup> tiene un sistema muy similar al español. Las visitas al médico, las pruebas y los ingresos hospitalarios no tienen coste extra. La diferencia fundamental reside en los medicamentos, los facultativos entregan a los pacientes la dosis de fármacos que necesitan. Si tienen que acudir a una farmacia abonan parte del importe de los medicamentos, una fórmula de ahorro farmacéutico del todo interesante y de sencilla implantación administrativa; si bien es cierto, los problemas se pueden plantear con respecto a las empresas farmacéuticas que verían reducido considerablemente su mercado y, consecuentemente, sus ventas.

### 3. ALGUNAS MEDIDAS LLEVADAS A CABO EN ESPAÑA PARA LA CONTENCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO

32 Datos del Ministerio de la Salud italiano, <http://www.salute.gov.it/>

33 Según la Comisión Nacional de Salud de Noruega, <http://www.helsetilsynet.no/Languages/Comision-Nacional-de-Salud-de-Noruega-Statens-helsetilsyn/>.

34 Ministerio de la Salud en Portugal, <http://www.portal-dasaude.pt/portal>.

35 Según el Departamento de Salud del Gobierno británico, <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>

En **España**, pese al escaso porcentaje dedicado a sanidad, a partir de la crisis de los años 70, con el imparable crecimiento del gasto sanitario muy por encima del crecimiento económico general, se ha desarrollado un interés universal por la contención del gasto (necesidad financiera) insistiendo en que eso no disminuiría las prestaciones (necesidad política y social), una vez que los gastos más importantes (universalización de cobertura y establecimiento de estructuras sanitarias) se hubieran cubierto ya en las fases previas. No obstante, debido a los estrictos criterios de Maastrich, en los Estados miembros de la UE se han realizado recortes del gasto público, que han afectado también al gasto sanitario.

Desde julio de 1991, cuando se publicó el *Informe Abril*<sup>36</sup>, que incluía el copago como medida de cofinanciación y de efecto disuasorio para los usuarios como una de las recomendaciones para “*un futuro sostenible de nuestro sistema sanitario*”, la necesidad del mismo se ha venido proclamando repetidamente, en forma de “globo sonda”, en nuestra sociedad.

El Informe *General government expenditure in 2011-focus on the functions social protection and health*<sup>37</sup>, desvela por otra parte que la práctica totalidad del gasto sanitario en España (con datos de 2010) corresponde a la atención ambulatoria (77% del total, la tasa más alta de Europa) y a medicamentos, productos y equipamientos sanitarios, (en torno al 20%). El escaso porcentaje restante se reparte entre servicios hospitalarios, servicios de salud pública o I+D sanitario.

En este sentido, las empresas de tecnología sanitaria se quejan de la parálisis en este campo, con retrasos en los pagos, caída en el número de licitaciones

36 El informe Abril fue un análisis en el que se juzgaba y evaluaba el sistema sanitario público español, con una serie de recomendaciones para su planificación posterior. Redactado en 1991 por una comisión presidida por Fernando Abril Martorell, apellido del que tomó su denominación. El informe estuvo terminado y presentado al ministro el 25 de julio de 1991 y fue presentado en el Congreso de los Diputados por Abril Martorell el 25 de septiembre, siendo presidente del Gobierno Felipe González Márquez. En él se consideraba que existía “*un cierto agotamiento del sistema sanitario*”. Este informe fue muy criticado en su momento y quedó relegado aparentemente en el olvido. En marzo de ese mismo año se había producido el relevo en el ministro de Sanidad de Julián García Vargas, impulsor del informe, que fue sustituido por Julián García Valverde. Sin embargo muchas de las recomendaciones del mismo se han ido adoptando en la primera década del siglo XXI por el Estado y las comunidades autónomas.

37 Eurostat, 2013. Consultado a través de [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-13-009/EN/KS-SF-13-009-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-13-009/EN/KS-SF-13-009-EN.PDF).

y búsqueda de colocación de tecnología como préstamos a cambio de la compra de fungibles. Lo cierto es que analizando los presupuestos del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas, entre 2009 y 2013, las inversiones reales se han reducido un -67,4%, con un recorte generalizado salvo en La Rioja, que mantiene congeladas estas cantidades.

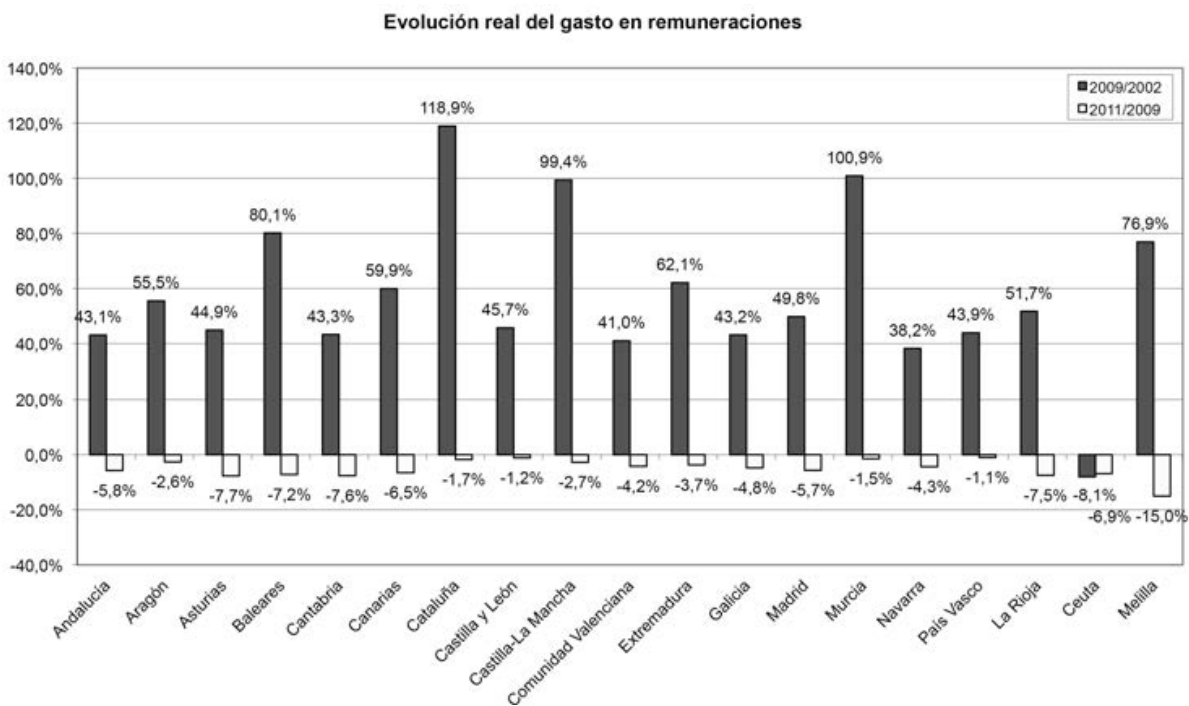
Por otra parte, el gasto en remuneraciones del personal en el sector sanitario público fue en 2011 de 30.367,4 millones, de los que la mayoría corresponden a las Comunidades Autónomas, con unas remuneraciones de 28.536,8 millones. Según la Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) entre 2002 y 2009 el crecimiento en retribuciones fue de un 57,6%; siendo entre 2009 y 2011 inferiores, un 4,1%.

supuesto al sistema sanitario, 8 décimas menos que las medias en la Zona Euro y en la Europa de los 27 (ambas en el 14,9%).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe *Global Health Expenditure Database* muestra cómo ha sido la evolución del gasto sanitario en España desde el año 1995, diferenciando 3 periodos:

- Entre 1995 y 2000, se refleja una contención del gasto en un buen número de países europeos (-7,8% en España).
- Entre 2000 y 2005, los datos de fuerte expansión generalizada en toda la UE (108,0% en España).

**EGSP. Gasto sanitario total. Total consolidado. Principio de devengo. MSSSI<sup>38</sup>**



Otro dato importante incluido en el informe del Eurostat, *General government expenditure in 2011-focus on the functions social protection and health*<sup>39</sup>, sobre la inversión española en sanidad es que el Gobierno dedica el 14,1 por ciento de su pre-

- Entre 2005 y 2010, se advierte un crecimiento más moderado (en España, un 33,9%).

De los 98.860 millones de euros gastados en sanidad en 2011 en España, 72.217 millones corresponden al sector público y 26.643 al sector privado, un 73,0% y un 27,0% respectivamente, incluyendo cuidados de larga duración<sup>40</sup>. Si atendemos a otra

38 Informe “El gasto sanitario en España”, Cuadernos de información sindical nº 36, editado por Confederación sindical de Comisiones Obreras, noviembre 2013.

39 Eurostat, 2013. Consultado a través de [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-13-009/EN/KS-SF-13-009-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-13-009/EN/KS-SF-13-009-EN.PDF).

40 Datos de gasto sanitario total según agente de financiación, del Sistema de Cuentas de Salud (SCS), incluyendo los costes de los cuidados de larga duración.

fuente Estatal, la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), el gasto en 2011 ascendió a 67.689,4 millones de euros, sin tener en cuenta los cuidados de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

El déficit anual en sanidad ha estado en torno al 25% entre los años 2008 al 2010, como sigue<sup>41</sup>:

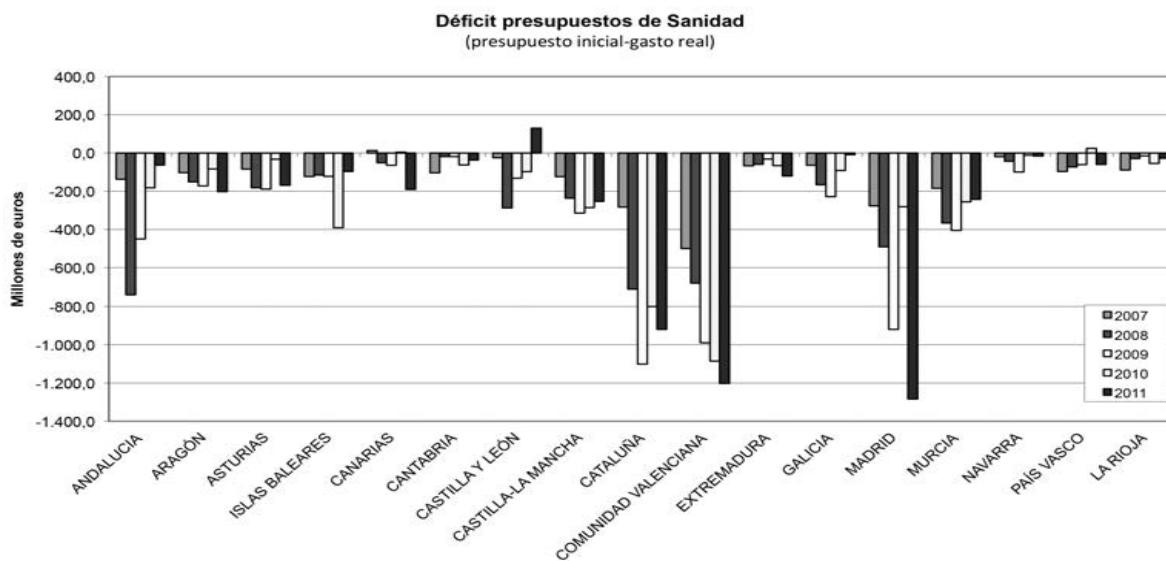
- En el año 2008, ascendía al 25.74%, siendo el gasto total de 71.170 millones de euros.
- En el año 2009, era del 27.87%, y el gasto total de 75395 millones de euro.
- En el año 2010, se situaba en el 25.10%, un total de 74.732 millones de euros.

Todas las Comunidades Autónomas tiene presupuestos sanitarios iniciales por debajo del gasto real, alcanzado en 2011 el déficit acumulado de todas las administraciones autonómicas los 4.760.6 millones<sup>42</sup>, situándose el País Valenciano en un 21.8%, la Comunidad de Madrid en un 18.0%, Murcia con un 12%, Aragón y Asturias con un 10,9% y Cataluña con un 10%, el resto de Comunidades Autónomas por debajo del 10%<sup>43</sup>.

En el 2013 el Gobierno presentó el denominado Plan Nacional de Reformas de España (PNR 2013) en el que “se explica la agenda reformista del Gobierno para aumentar la competitividad y sobre todo la flexibilidad de la economía española. Por una parte, se repasan las reformas estructurales que se han adoptado durante el último ejercicio y, por otra, se explican las que se van a poner en marcha en los próximos meses”<sup>45</sup>. Según este mismo documento en el ámbito del Sistema Nacional de Salud se continuará con las reformas iniciadas en 2012, que supusieron una reducción del gasto sanitario del 8%, y se adoptarán iniciativas nuevas, siendo el impacto estimado total de 3.134 millones de euros en 2013.

En el mismo año 2013 el Gobierno también presentó la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2013-2016 (APE)<sup>46</sup> donde se afirma que el ahorro previsto para el periodo 2012-2014 en los Planes Económico Financieros de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad se eleva a 7.267 millones, estimando que ya se habían adoptado medidas que sumaban en 2012 un ahorro equivalente al 59% de dicha cantidad.

### Déficit por Comunidad Autónoma<sup>44</sup>



41 Según el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Portal estadístico del Sistema Nacional de Salud.

42 Es interesante reseñar que en el año 2009 el déficit presupuestario de las Administraciones autonómicas alcanzaba los 5.311.1 millones de euros, cifra inferior a la del 2011, según la Estadística del Gasto Sanitario Público.

43 Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP), 2011.

44 Fuente: Elaboración el Informe “El gasto sanitario en España”, Cuadernos de información sindical nº 36, editado por Confederación sindical de Comisiones Obreras, noviembre 2013 a partir de MSSSI, EGSP y Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social. Actualización 2013.

45 [http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/PNR\\_Espana\\_2013.pdf](http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/PNR_Espana_2013.pdf) p. 5

46 [http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/programa\\_estabilidad\\_2013\\_2016.pdf](http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/programa_estabilidad_2013_2016.pdf)

En plena época de recesión económica y de recortes sociales, con un déficit creciendo y próximo a los 15.000 millones de euros, con una deuda del Sistema Nacional de Salud (SNS) de más de 8.000 millones de euros, y un paro que duplica la media europea con más de cuatro millones de parados, el fantasma del copago ha dejado de ser tal fantasma, convirtiéndose en una realidad, y las manifestaciones a favor o en contra se suceden en los últimos dos años.

El copago, existente ya en España, aunque reducido, no es otra cosa que la participación directa del ciudadano en el coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos, con el objetivo según sus creadores de contener su uso y conseguir financiación adicional. A continuación analizaremos algunos de los sistemas de copago en nuestro país y su evolución; pero ésta no es la única medida adoptada para la reducción o contención del gasto sanitario, el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones, la Orden PRE/1490/2012, de 9 de julio, la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 26 de diciembre de 2013 y el Real Decreto 81/2014 introducen un nuevo escenario que no puede pasarnos desapercibido.

## a) Del Copago en la Sanidad

### A') Planteamiento

A nivel jurídico en España tanto el copago sanitario como el tique moderador tienen su respaldo, ya que en la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de abril (artículos 46 y 79<sup>47</sup>) se indica que una de las fuentes de financiación del Sistema Nacional de Salud, además de las aportaciones de los presupuestos de las Administraciones Públicas y las cotizaciones a la Seguridad Social, son las tasas por la prestación de determinados servicios.

A pesar que la introducción legal de estos mecanismos de copago sanitario haya producido y siga produciendo un ahorro de costes debemos ir más allá, preguntándonos cuál ha sido el motivo real subyacente de tal ahorro y el impacto sobre los ciudadanos.

47 Artículo 46.d) Ley de Sanidad expresa: "La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios"; reiterándose casi en los mismos términos en el artículo 76.1 c, con respecto a la financiación de la sanidad.

### B') El copago farmacéutico

En el año 2012 el Gobierno adoptó dos medidas para la reducción del gasto farmacéutico en España –señaladas en estos términos por el Plan Nacional de Reformas de España 2013–, a saber, la reformulación del copago farmacéutico y la exclusión de más de 400 presentaciones farmacéuticas de la financiación pública.

Por medio del Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se modificó el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para subdividir la cartera de servicios en tres niveles, un nivel básico, otro suplementario y otro de servicios complementarios<sup>48</sup>.

Esta medida no podía pasarnos desapercibida puesto que todas las actividades incluidas en la cartera común básica están incluidas en la financiación pública, mientras que las actividades correspondientes al nivel suplementario están sujetas a la aportación del usuario<sup>49</sup> -calculada según las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo el precio final del producto y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación-; y los servicios complementarios, accesorios que estarán sujetos a aportación y/o reembolso por parte del usuario, en los casos que legalmente se determine.

En el Plan Nacional de Reformas de España 2013 se afirma que con la adopción de estas medidas el ahorro puede llegar a ascender a 700 millones de euros, incrementados por 175 millones más por las aportaciones de los usuarios derivadas de otras disposiciones adyacentes.

El Real Decreto-Ley 16/2012 modificó la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, añadiendo un artículo 94 bis sobre la aportación de los

48 Antes de la modificación, había una única, en teoría, cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

49 Dentro de las actividades del nivel suplementario se incluyen prestación farmacéutica, ortoprotésica y con productos dietéticos, así como el transporte sanitario no urgente; esta última difícil de determinar cuando el paciente es una persona con movilidad reducida y necesita el transporte como medio para desplazarse para la recepción de atención sanitaria o servicios relacionados, como la rehabilitación.

usuarios en la prestación farmacéutica obligatoria. A partir de entonces, quienes tengan rentas superiores a los cien mil euros aportan el 60%, quienes estén entre los dieciocho mil y los cien mil aportan el 50%, quienes estén por debajo de esta cantidad el 40% y los pensionistas un 10%, salvo que tengan rentas superiores a los cien mil euros, con topes mensuales para los pensionistas de ocho, dieciocho o sesenta euros según sea el nivel de renta. También se establece un tope del 10% en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC<sup>50</sup> de aportación reducida, ya existente con anterioridad, con una aportación máxima de 4,13 € en 2012.

Quedan exentos de aportación los afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica; las personas perceptoras de rentas de integración social; las personas perceptoras de pensiones no contributivas; los parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación; y las personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Junto con las posibles críticas que pudiéramos hacer en torno a la adecuación o no de la medida por ejemplo en cuanto a si respeta o no el derecho de la salud como un derecho fundamental, se alzan las siguientes problemáticas morales, jurídicas y administrativas: el castigo que supone tal medida, tanto para las rentas más bajas como para las personas que padecen una enfermedad crónica; la pérdida de la gratuidad para los pensionistas, situación que se mantenía inalterable desde el año 1978; y una dificultad práctica de control y de petición de reembolso por parte del ciudadano del exceso pagado en productos farmacéuticos<sup>51</sup>.

En este mismo orden de cosas, el grupo CO-FARES y Antares Consulting en su estudio presentado en mayo de 2013, "Impacto de las medidas de ahorro sobre el sector farmacéutico. Informe", estimaron que el nuevo copago supondría un ahorro anual de 552 millones de euros, de los cuales 384

millones corresponderían a las nuevas aportaciones de los pensionistas, un porcentaje que ascendería a un 70%, porque pese a que las aportaciones en general son reducidas, como puede observarse en el gráfico posterior, son el colectivo que mayor número de recetas consumen y, por tanto ¿no supone la introducción de este copago una medida discriminatoria en función de la edad?<sup>52</sup>

[ver tabla en página siguiente:

**Informe "El gasto sanitario en España", Cuadernos de información sindical nº 36<sup>53</sup>**

Asimismo, en marzo de 2013, el volumen de gasto farmacéutico ascendía a 11.578.3 millones de euros, de los cuales 8507.7 provenían de pensionistas y sólo 3.706 de personas en activo<sup>54</sup>; de las 878.8 millones de recetas extendidas, 624,4 millones pertenecían a pensionistas y 254,1 millones a personas en situación activa; y, más aún, el precio medio por receta ascendía a 13,63 € en el caso de los pensionistas y a 12,08 € en el caso de los activos<sup>55</sup>.

El gasto farmacéutico supone un 18% aproximadamente del gasto total en Sanidad, según el Ministerio de Sanidad.

Estos datos ponen de manifiesto, entre otras cosas, que los pensionistas son los que más necesitan recetas médicas y que las patologías por las que los pensionistas deben recibir tratamiento son mayores en número y en precio.

Estas medidas no implican por si el uso más racional de los medicamentos sino que en realidad lo que es posible que disfracen tales medidas con la reducción de recetas que se han expedido, 90 millones en 2012 a 70 millones en 2013, es una dificultad económica

52 Según datos de la Agencia Tributaria correspondientes al año 2011, el 64,5% de los perceptores de pensiones se encuentran por debajo del Salario mínimo Interprofesional, una cantidad que ascendería a 17.959,2 euros, o de la pensión mínima, esto es 15.971.2 euros. Sólo el 0.6% tiene unos ingresos diez veces el Salario Mínimo interprofesional o la pensión mínima.

53 Editado por Confederación sindical de Comisiones Obreras, noviembre 2013 a partir de MSSSI, EGSP y Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades.

54 El gasto farmacéutico, es decir lo que paga la Administración por la parte subvencionada de los medicamentos dispensados con recetas cayó un 12% en mayo de 2013, con respecto al mes de mayo de 2012, según el Ministerio de Sanidad. Pero en noviembre de 2013 ese mismo gasto ascendió un 4,8% respecto al mismo mes del año anterior.

55 Datos extraídos del Boletín estadístico de marzo de 2013 del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos.

50 Las siglas ATC corresponden al sistema de clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, en su versión inglesa. Son medicamentos relacionados con enfermedades crónicas, distribuidos en envases marcados con punto negro.

51 Según CCOO en su informe "El gasto sanitario en España", cuadernos de información sindical n. 36, editado por Confederación sindical de Comisiones Obreras, en noviembre 2013, se afirma que en las Comunidades autónomas donde se está obligando al paciente a adelantar el gasto en farmacia y, posteriormente, reclamar el reembolso, se produce un efecto disuasorio y discriminatorio en función de la renta, p.46.

## Fuente: Informe “El gasto sanitario en España”, Cuadernos de información sindical nº 36

COPAGO FARMACÉUTICO	AHORA: RD-L 16/2012			ANTES: RD 1605/2006	
	APORTACIÓN	LÍMITE	CONDICIONES	APORTACIÓN	LÍMITE
<b>ACTIVOS</b>					
Usuarios y beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 € anuales	60%	-		40%	
Asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros	50%	-		40%	
Asegurado activo y sus beneficiarios que no se encuentren incluidos en los apartados anteriores	40%	-		40%	
<b>PENSIONISTAS</b>					
Con renta inferior a 18.000 €	10%	8,14 € al mes	El exceso sobre los límites se devolverá en un plazo máximo de seis meses	0%	
Con renta superior a 18.000 € e inferior a 100.000 €	10%	18,32 € al mes		0%	
Con renta superior a 100.000 €	60%	61,08 € al mes		0%	
<b>EXENTOS DE APORTACIÓN</b>					
Afectados de síndrome tóxico	0%			0%	
Personas con discapacidad	0%			0%	
Personas perceptoras de rentas de integración social	0%			40%	
Personas perceptoras de pensiones no contributivas	0%			0%	
Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación	0%			40%	
Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional	0%			0%	
<b>MUTUALISTAS</b>					
MUFACE, ISFAS, MGJ	30%			30%	
<b>Medicamentos de aportación reducida</b>	10%	4,20€ por medicamento		10%	2,64 € por medicamento
<b>Productos cuya dispensación al usuario se realice en los centros o servicios asistenciales sanitarios</b>	10%	4,20 € por medicamento		0%	

para no obtener las recetas una vez expedidas por el facultativo o para solicitar al mismo los medicamentos necesarios para las patologías que se padezcan.

Asimismo, es interesante destacar que por Resolución de 10 de septiembre de 2013 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia modifica las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación, medicamentos que hasta ahora estaban exentos del copago; entre estos medicamentos, que ahora sí están sujetos al copago, se encuentran los de dispensación hospitalaria, con una aportación reducida, a saber un precio de venta al público del medicamentos hospitalario dispensado de 4,20 euros por envase como máximo.

Evidentemente si lo que desde el Ministerio de Sanidad se alega para introducir este copago es, por una parte, garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y, por otra parte, disuadir del uso irregular o abusivo de los medicamentos por parte de los pacientes, los medicamentos hospitalarios no deben estar incluidos como medio para conseguir este fin, puesto que se trata de medicamentos sujetos a un importante control sanitario y que, por tanto, su inclusión al copago vulneraría sin más el derecho a la

salud, entendida como recuperación de la misma una vez que se ha perdido, derecho no olvidemos reconocido en la Constitución y en los Tratados internacionales suscritos por España que no pueden quedar como una mera declaración programática.

Además, deberíamos añadir que por Resolución de 2 de agosto de 2013 la lista de medicamentos que quedan excluidos de la financiación pública se ha reducido notablemente, quedando fuera más de 400 prestaciones farmacéuticas, supuestamente por los motivos de ahorro y *innecesariedad* (sic.) para la protección de la salud. En este caso, cabe al menos la siguiente pregunta: Si no eran necesarios ¿cómo es posible que durante más de 10 años hubieran estado incluidos en la financiación pública? Por otra parte, la *desfinanciación* (sic.) de medicamentos ha implicado el incremento de precios en el sistema de venta libre<sup>56</sup>.

56 Tal y como reconoce el Gobierno, respondiendo a una pregunta del Grupo Socialista (nota: Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie D, nº 257, 18 de abril de 2013, página 223), de las 417 presentaciones desfinanciadas hay 85 precios notificados y 49 de las presentaciones farmacéuticas desfinanciadas han incrementado su precio. Todas ellas tienen un precio de comercialización por debajo de los 9 €, con un promedio de 3,3 €, pero los precios notificados están un 45% por encima, con un promedio de 4,8 €. Los incrementos oscilan en una horquilla que va desde el 198% de la Cloperastina Normon (3,54 mg/ml suspensión oral, 1 frasco de 120 ml) al 8,5% del Duphalac (solución oral sobres, 10 so-

### C') El céntimo sanitario

El denominado “céntimo sanitario” es un **impuesto indirecto sobre los carburantes** que nació con el objetivo de utilizar los recursos obtenidos para paliar los problemas de liquidez del sistema de sanidad pública, esto es para intentar dar solución al supuesto gasto excesivo del modelo español de sanidad pública y también con fines medioambientales.

A través del artículo 9 de la Ley 24/2001<sup>57</sup>, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden social se estableció el impuesto sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos (IVMDH)<sup>58</sup> o céntimo sanitario que entró en vigor el 1 de enero de 2002.

Curiosamente este impuesto fue trasferido a las Comunidades Autónomas en la misma fecha de publicación de la anterior norma de creación, a través de la Ley 21/2001 de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía (vigente hasta el 1 de enero de 2009).

La Comunidad de Madrid fue la primera en aplicarlo el 1 de agosto de 2002; después, harían lo mismo en enero de 2004 Asturias y Galicia y en agosto de 2004 Cataluña. Posteriormente, se sumaron 13 de las 17 Comunidades Autónomas, siendo Euskadi, La Rioja, Aragón y las Islas Canarias –sometidas a un

---

bres). Información obtenida del informe “El gasto sanitario en España”, Cuadernos de información sindical nº 36, editado por Confederación sindical de Comisiones Obreras, en noviembre 2013, p. 49.

57 El artículo 9.1 Ley 24/2001, establecía: “1. \*El IVMDH\* es un tributo de naturaleza indirecta que recae sobre el consumo de determinados hidrocarburos, gravando en fase única, las ventas minoristas de los productos comprendidos en su ámbito objetivo, con arreglo a las disposiciones de esta Ley; 2. La cesión del impuesto a las Comunidades Autónomas se regirá por lo dispuesto en las normas reguladoras de a Cesión de Tributos del Estado a las Comunidades Autónomas y tendrá el alcance y condiciones que para cada una de ellas establezca su respectiva Ley de cesión; 3. Los rendimientos que se deriven del presente impuesto quedarán afectados en su totalidad a la financiación de gastos de naturaleza sanitaria orientados por criterios objetivos fijados en el ámbito nacional. No obstante, lo anterior, la parte de los recursos derivados de los tipos de gravamen autonómico podrá dedicarse a financiar actuaciones medioambientales que también deberán orientarse por idéntico tipo de criterios”.

58 El art. 9 Ley 24/2001 establecía en su apartado 3 incluía los siguientes hidrocarburos: las gasolinas, el gasóleo, el fuelóleo y el queroseno no utilizado como combustible de calefacción.

régimen de insularidad específico- las únicas Comunidades que no implantaron el Impuesto Especial de Hidrocarburos.

La cuantía del impuesto la imponía libremente cada Comunidad y oscilaba en los primeros momentos de su implantación entre 1 y 2,4 céntimos por cada litro de carburante, pero en los años 2011 y 2012, ante la inminente necesidad recaudatoria de las comunidades autónomas, el porcentaje fue notablemente más alto. A modo de ejemplo, el valor máximo alcanzó a 4.8 céntimos tanto para gasolina como gasóleo en nueve Comunidades Autónomas, a saber, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Andalucía, Castilla-La Mancha, Murcia, Valencia, Cataluña y las islas Baleares. En Navarra se situó en 2.4 céntimos por litro, frente a los 1.7 céntimos en Madrid, mientras que en Asturias fue de 4.8 céntimos para la gasolina y 4 céntimos para el gasóleo. En Galicia la variación se situó entre 2.4 céntimos para la gasolina y 1.2 céntimos para el gasóleo.

El Estado recaudó entre 2002 y 2011 13.000 millones con este tipo de gravamen, el Impuesto Especial de Hidrocarburos.

Podría parecer que el céntimo sanitario era la solución perfecta para recaudar impuestos solamente de aquellos que producen un gasto, es decir la definición clara de lo que se conoce como impuesto indirecto. Pero, ¿cómo ha afectado este impuesto en un momento de crisis como el actual? Sólo a modo de ejemplo, en Castilla y León antes de cumplir 1 año desde la instauración del mismo, el consumo de gasóleo profesional había caído más de la mitad; esto nos lleva a atisbar uno de los problemas fundamentales que se ha derivado de este impuesto: su afectación directa no ya sobre los ciudadanos sino sobre los trabajadores autónomos o las PYMEs, contribuyendo al endeudamiento de todos ellos.

Desde el 1 de enero de 2013 y con el objetivo de corregir las deficiencias observadas por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea este céntimo sanitario fue modificado y quedó integrado en el tipo autonómico, que es uno de los tres tramos de los que está compuesto el nuevo IEH, junto al tipo estatal general (TEG) y el Tipo Estatal especial (TEE). El TEG es el mismo para todo el Estado y equivale a 40 céntimos por litro de gasolina 95, y a 30 céntimos por litro de gasóleo; mientras que el TEE tiene un valor de 2,4 céntimos tanto para la gasolina como para el gasóleo. Además de lo señalado es necesario sumar el 21% de IVA, y desde el 1 de enero de 2013 la parte

de biocarburantes introducida en la mezcla final se ve agravada con los mismos tipos impositivos que el combustible convencional.

Pues bien, el 27 de febrero de 2014, el Tribunal Justicia de la Unión Europea (sala tercera), en Sentencia sobre el Caso 82/12 ha declarado ilegal el céntimo sanitario instaurado en Cataluña de manera previa al 1 de enero de 2013, fecha en la que se produjo la adaptación del mismo que indicábamos previamente, por vulnerar la legislación comunitaria. El caso se plantea por una empresa de Transportes, *Jordi Besora S.L.*, contra la Generalitat de Cataluña en el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, reclamando la devolución de 45.600 euros que tuvo que pagar la empresa entre 2005 y 2008 por el impuesto sobre carburantes comentado. El Tribunal Superior de Cataluña plantea ante el Tribunal de Justicia de la Unión cuestión prejudicial, recogiendo una serie de interrogantes en relación al cumplimiento o no del artículo 3, apartados 1 y 2 de la Directiva 92/2012/CEE del Consejo de 25 de febrero de 1992, relativa al régimen general, tenencia, circulación y controles de los productos objeto de impuestos especiales.

Según especifica el artículo 3 apartado 2 de la Directiva 92/2012/CEE los hidrocarburos podrán estar sujetos a impuestos indirectos distintos del impuesto especial establecido por dicha Directiva, si, por una parte, esos impuestos indirectos persiguen una o varias finalidades específicas, y, por otra parte, respetan las normas impositivas aplicables en relación con los impuestos especiales o con el IVA para la determinación de la base imponible, la liquidación, el devengo y el control del impuesto.

En definitiva, como el propio Tribunal de la Unión ha declarado en otras sentencias<sup>59</sup>, los dos requisitos exigidos tienen por objeto evitar que los impuestos indirectos suplementarios obstaculicen indebidamente los intercambios.

El Tribunal de Justicia de la Unión examina rápidamente el cumplimiento de ambos requisitos por el Derecho español. Al respecto, el Tribunal europeo observa que el objetivo presupuestario fijado en la norma española no es el adecuado que se deriva de la interpretación del artículo 3 de la Directiva 92/2012, puesto que finalmente son las Comunidades Autónomas, en el caso concreto, la Generalitat de Cataluña, las que con los ingresos obtenidos del impuesto de

hidrocarburos han estado financiando algunas de sus competencias<sup>60</sup>, y no garantizando como objetivo específico la protección de la salud y el medio ambiente. Es por esto que considera vulnerada la norma internacional y obliga a la Generalitat asumir el coste provocado en la empresa demandante, *Jordi Besora S.L.*

Es interesante destacar como la Generalitat de Cataluña y el Gobierno español pidieron al Alto Tribunal europeo la limitación de los posibles efectos de la sentencia que dictara en contra del impuesto de hidrocarburos, alegando las graves repercusiones económicas que una Sentencia como esta conllevaría, atendiendo a la situación de crisis económica que se atraviesa en nuestro país.

Pero el Tribunal Europeo no admite la limitación de los efectos en el tiempo de la Sentencia, aplicando la legalidad comunitaria al respecto y también rechazando los argumentos de las instancias españolas, donde destacamos aquel en que se hace referencia a la adquisición de buena fe de la convicción que dicho impuesto era conforme al Derecho de la Unión; el Tribunal de Justicia le recuerda al Gobierno de la Generalitat de Cataluña y al Gobierno de España que eso no es cierto, puesto que al margen de la Sentencia *EKW y Wein & Co* en la que se pronunciaba en un supuesto similar en el año 2000, los servicios de la Comisión emitieron en el año 2001 un dictamen previo sobre el impuesto de hidrocarburos español que concluía claramente la contradicción con la Directiva 92/2012/CEE en su artículo 3 advirtiéndoles sobre tal extremo.

Ante tal pronunciamiento se nos abre la vía de la reclamación a Estado por ingresos indebidos o responsabilidad patrimonial, pero con un importante problema: el artículo 66 de la Ley General Tributaria, Ley 58/2003 de 17 diciembre, establece el derecho a obtener las cantidades indebidamente abonadas a la Hacienda con una prescripción de 4 años, prescripción que se interrumpiría si previamente se hubiera planteado un proceso judicial al respecto. ¿Es aplicable esta prescripción pese a que la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión parece establecer la retroactividad general al momento de implantación

<sup>59</sup> Sentencias del 24 de febrero de 2000, Comisión/Francia C-434/97, Rec. P. I-1129, apartado 26, y del 9 de marzo de 2000, *EKW y Wein & Co.*, C-437/97, Rec. I-1157, apartado 30.

<sup>60</sup> La Generalitat de Cataluña y el Gobierno español, apoyados por los Gobiernos griego y francés, sostienen que “los ingresos del impuesto sobre venta de hidrocarburos no se atribuirían a las Comunidades Autónomas de manera genérica para cumplir el objetivo meramente presupuestario de reforzar su capacidad financiera, sino para atender los gastos que generan las competencias transferidas en materia de sanidad y medioambiente” (considerando 26 de la STJUE, de 27 de febrero de 2014).

del impuesto? O más aún ¿qué vía deben seguir los ciudadanos-empresas que asumieron el pago del impuesto sobre la venta de hidrocarburos en una Comunidad Autónoma distinta de Cataluña? En este sentido, en el mes de marzo de 2015, el Consejo de ministros, desestimó a instancias del Ministerio de Hacienda y tras el Oficio presentado por este el 4 de marzo de 2015<sup>61</sup>, un total de 1395 solicitudes por considerar la inexistencia de responsabilidad patrimonial del Estado en el asunto; sin embargo, la Agencia Tributaria anunciaba en el mes de junio de 2015 que ya se habían devuelto más del 68% de las peticiones realizadas y documentadas del céntimo sanitario. Una larga historia que todavía no ha finalizado.

### **b) La ruptura de la universalidad de la sanidad española y la asistencia sanitaria transfronteriza**

En este punto es necesario no perder de vista la reforma operada por Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones –convalidado el 17 de mayo de 2012-, de la Orden PRE/1490/2012 de 9 de julio por la que se dictan normas de aplicación del artículo 7 del RD 240/2007 para garantizar el reembolso de los gastos sanitarios prestados a ciudadanos europeos, la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2013 y el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero por el que se establecen normas para garantizar la Asistencia sanitaria transfronteriza.

En la primera norma mencionada, el Real Decreto-Ley 16/2012 se modificaba el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y el artículo 12<sup>62</sup> de la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, Ley Orgánica 4/2000, de 11 enero, alterándose lo previsto en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 33/2011, General de Salud Pública, por la que se

61 Resolución del 4 de marzo de 2015, número de referencia HA/A/001776/2015.

62 La Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, regulaba en su artículo 12 el derecho a la asistencia sanitaria asegurando siempre la cobertura de la asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, protegiendo a los menores de 18 años con la misma asistencia sanitaria que los españoles y estableciendo que las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. Además, los extranjeros que se encontraran en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tuvieran su domicilio habitual, tenían derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

producía la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública; esta última Disposición extendía el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico y no alteraba el régimen vigente para los extranjeros en atención al artículo 12 LO 4/2000 mencionada anteriormente. La disposición adicional sexta de la Ley 33/2011 entraba en vigor a partir del 1 de enero de 2012 para quienes hubieran agotado el subsidio o la prestación por desempleo y se dejaba pendiente de desarrollo reglamentario, con un plazo de seis meses, para el resto de los colectivos “atendiendo a la evolución de las cuentas públicas”.

El Real Decreto-Ley 16/2012 rompe esta universalización de la asistencia sanitaria en España y vuelve al concepto de aseguramiento, regulando la definición de asegurado y sus derechos a través del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto<sup>63</sup>. Trabajadores, pensionistas, perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social, como perceptores de prestaciones y subsidios por desempleo, o quienes hubieran agotado las mismas y se encuentren en situación de desempleo, tienen la condición de asegurado. Por otro lado, tienen la condición de beneficiarios de una persona asegurada su cónyuge o pareja de hecho, su ex cónyuge o persona separada judicialmente, siempre que tenga derecho a percibir una pensión compensatoria, y los descendientes de la persona asegurada o de su cónyuge siempre que tenga menos de 26 años o, si es mayor, una discapacidad superior al 65%. A todo ello se añade la condición de tener residencia autorizada y efectiva en España, cuestión del todo contradictoria teniendo en cuenta que otros derechos, como el derecho de huelga o libertad sindical se otorgan independientemente de la situación administrativa del extranjero.

De esta manera, la asistencia sanitaria en caso de extranjeros, sin la condición de asegurados (la mayoría en situación administrativa irregular) quedaba limitada a las situaciones de urgencia, a las mujeres embarazadas y a los menores de dieciocho años<sup>64</sup>,

63 Por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

64 Según el propio Plan Nacional de Reformas de España 2013 (PNR) esto ha supuesto que 873.000 tarjetas sanitarias de extranjeros “no residentes” en España hayan sido dadas de baja, página 113 del PNR; pero no se ha aclarado ni siquiera a través del Plan Nacional de Reformas de España 2014 cuál ha sido el ahorro real de esta medida y su impacto sobre el Sistema Nacional de Salud.

habiéndose producido una aplicación de esta medida no uniforme, y totalmente discriminatoria según el territorio en el que se solicitase la asistencia<sup>65</sup>.

Tras la publicación del Real Decreto 576/2013<sup>66</sup>, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, las personas que acrediten al menos un año de residencia en España, estén empadronadas y no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública, podrán firmar un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria; eso sí, se añadía un requisito de complicado cumplimiento práctico en algunas Comunidades Autónomas, el empadronamiento en algún municipio español.

Por tanto, más de 1 año sin indicaciones de cómo atender a los inmigrantes irregulares, al no existir normativa al respecto. De hecho, como pone de manifiesto el Informe de Médicos del Mundo, “Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo”<sup>67</sup>, hasta marzo de 2014 tan solo la Comunidad Valenciana y Cantabria habían publicado la respectiva norma autonómica que establece los requisitos del convenio especial en el ámbito del sistema sanitario, con pocas o ninguna variación con respecto a la norma estatal.

En otras palabras, las 873.000 personas excluidas pueden recuperar el derecho a la asistencia si cumplen los requisitos mencionados y pagan la correspondiente cuota mensual de 60 euros o de 157 euros, dependiendo de si tienen menos o más de 65 años de edad. Unas cantidades similares a las de los seguros privados, aunque variando las exigencias: residencia previa en un caso, periodos de carencia en el otro.

En este sentido, es interesante destacar cómo la asistencia sanitaria a inmigrantes en situación administrativa irregular ha sido un punto de desencuentro

65 En este sentido, es absolutamente escalofriante el “Informe REDES (Registro estatal para la denuncia de la exclusión sanitaria)”, realizado por Yo Si Sanidad Universal, y la Sociedad Madrileña de la Medicina de Familia y Comunitaria, presentado en septiembre de 2014, que pone de manifiesto la falta de coordinación y la desatención producida en los casos en que legalmente estaba prevista.

66 Por el que se establecen los requisitos básicos del convenio de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del SNS y se modifica el RD 1192/2012.

67 Médicos del Mundo, “Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo”, Open Society Foundations, abril, 2014, p. 12.

entre las Comunidades Autónomas y el Gobierno central a partir de la reforma de 2012. Algunas Comunidades Autónomas no han aplicado semejantes restricciones, a pesar de la fuerte oposición del Gobierno central, que ha llevado a la presentación de reclamaciones judiciales por considerar la carencia de competencias de las Comunidades Autónomas en esta materia<sup>68</sup>. Nos referimos a las Comunidades de Andalucía, Principado de Asturias y Navarra<sup>69</sup>, incluso, posteriormente, y con motivo de los cambios en el panorama político autonómico en este año, algunas Comunidades Autónomas, como Aragón, Valencia, islas Baleares y Cantabria, han anunciado medidas similares; en el mes de agosto de 2015, la actual presidenta de la Comunidad de Madrid anunciaba que los inmigrantes sin tarjeta sanitaria, es decir, aquellas personas a las que se les había retirado por cumplimiento del “salvaje” Real Decreto de 2012, la tarjeta sanitaria, a partir del 24 de ese mismo mes, abonarían sólo el 40% de los medicamentos, con recetas expendidas, y no el 100% que estaban abonando en razón de considerárseles como “transeúntes sin permiso de residencia”<sup>70</sup>; no existen en la actualidad datos sobre la realidad práctica de esta medida.

Lo cierto es, que el caos generado por la ruptura de la universalidad y la desobediencia lógica de algunas Comunidades Autónomas, provocó que con el cambio de la titularidad de la cartera del Ministerio de Sanidad se produjera el anuncio (31 de marzo de 2015) del retorno de la asistencia sanitaria a los extranjeros en situación administrativa irregular, alegando cuestiones de salud pública y practicidad, para no saturar los servicios de urgencias; asimismo se anunciaba que no se devolvería la tarjeta sanitaria pues así “se evitaba el turismo sanitario”, ignorando el titular del Ministerio una vez más qué es exactamente el turismo sanitario y achacando los problemas económicos del Sistema Nacional de Salud al

68 En este punto, es ilustrativo, cómo la Abogacía del Estado, por petición gubernamental estudiaba si las CCAA invadían competencias del Estado y vulneraban así la Constitución española. El 4 de julio de 2013, el Gobierno vasco emitió una orden para regular el procedimiento de reconocimiento de la asistencia sanitaria a quienes no tuvieran la condición de asegurado ni beneficiario del Sistema Nacional de Salud; el Gobierno central lo impugnó ante el tribunal Superior de Justicia del País Vasco, quién suspendió la tramitación del recurso.

69 La Ley foral 8/2013 de Navarra instauraba el sistema previo al RD 2012, Ley recurrida por el Gobierno central ante el Tribunal Constitucional quién, de manera cautelar, ha suspendido la Ley formal, mientras se resuelve el asunto.

70 A tales efectos, se anunciaba la creación de un nuevo código informático (DAR) para facilitar el acceso a la financiación de fármacos a personas extrajeras en situación administrativa irregular y con insuficiencia económica.

colectivo de inmigrantes, quienes, según repetidos estudios, no son grandes consumidores de asistencia sanitaria.

No podemos olvidar que el Comité Europeo de Derechos Sociales, en enero de 2014, incluía en su informe una advertencia a España, esto es; la exclusión de la asistencia sanitaria a extranjeros en situación administrativa irregular es incompatible con los Convenios internacionales suscritos por España.

Quizá haya sido este aviso y no la preocupación real por la deconstrucción del sistema sanitario español lo que ha llevado al Gobierno central a iniciar una maniobra hacia un sistema cercano al anterior a la reforma de 2012, a través de diversas reuniones entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, producidas en el mes de septiembre de 2015, con el objeto de trabajar un borrador presentado por el Ministerio, a propósito de la asistencia sanitaria a inmigrantes en situación administrativa irregular.

No es tolerable, desde ningún punto de vista, el sistema actual, no solo por las variaciones según el territorio en el que se viva, sino porque arbitrariamente se está jugando con el derecho a la vida de las personas, independientemente del país de donde procedan y de la situación administrativa en la que se encuentren en nuestro territorio. La única vía posible es volver a la universalidad de la sanidad pública española.

En la segunda de las normas citadas, la Orden PRE 1490/2012 se ha modificado sustancialmente el concepto de “asegurado” de un ciudadano europeo que resida en nuestro país por un periodo superior a 3 meses y no ejerza una actividad laboral.

El 9 de julio de 2012 se aprobó la Orden PRE/1490/2012 por la que se dictan normas para la aplicación del artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. El Real Decreto 240/2007 supuso la transposición en España de la Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los

Estados miembros. En el mencionado artículo 7 se establecían las condiciones que deben cumplirse en aquellos casos en los que un ciudadano de un Estado miembro de la Unión Europea o de otros Estados parte en el Espacio Económico Europeo deseara residir en otro Estado miembro, distinto del que es originario, por un periodo superior a tres meses sin poseer contrato u oferta de trabajo; nuestra legislación exigía exclusivamente la documentación acreditativa de nacional de un país de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo.

La Orden PRE/1490/2012 en su preámbulo manifiesta que el citado Real Decreto no incluyó en su momento la totalidad de las exigencias de la Directiva de 2004, lo cual continua el preámbulo “*ha implicado un grave perjuicio económico para España, en especial en cuanto a la imposibilidad de garantizar el reembolso de los gastos ocasionados por la prestación de servicios sanitarios y sociales a ciudadanos europeos, tal y como ha señalado el Tribunal de Cuentas*”.

De esta manera, en el artículo 3.2 c) de la misma Orden se incluyen los requisitos exigibles a los ciudadanos que pretendan entrar y circular libremente en nuestro país y no ejerzan una actividad laboral en España. Los requisitos pueden resumirse de la siguiente manera:

- Pasaporte o documento nacional de identidad, válido y en vigor, del ciudadano.
- Seguro de enfermedad, público o privado, contratado en España o en otro país, siempre que proporcione una cobertura en España durante su período de residencia equivalente a la proporcionada por el Sistema Nacional de Salud<sup>71</sup>.
- Disposición de recursos suficientes, para sí y para los miembros de su familia, para según la Orden “*no convertirse en una carga para la asistencia social de España durante su periodo de residencia*”.

Para acreditar este extremo se admiten por la propia Orden todos los medios de prueba admitidos en derecho (ingresos periódicos, sean rentas de trabajo o de otro tipo, o la tenencia de un patrimonio, títulos de

---

<sup>71</sup> Se entenderá, señala la Orden, en todo caso, que los pensionistas cumplen con esta condición si acreditan, mediante la certificación correspondiente, que tienen derecho a la asistencia sanitaria con cargo al Estado por el que perciben su pensión.

propiedad, cheques certificados, documentación justificativa de obtención de rentas de capital o tarjetas de crédito), teniendo en cuenta que la valoración se realizará de manera individualizada, atendiendo a la situación personal y familiar del solicitante, concepto que no deja sino un amplio margen de discrecionalidad a las autoridades competentes. Para mejorar la inseguridad jurídica creada por la anterior prescripción se incluye en mismo artículo 3 de la Orden como cláusula de cierre que la suficiencia de recursos para subsistir se entenderá cumplida si el ciudadano que desea entrar en España posee recursos (económicos, entendemos) superiores al importe que anualmente se fije en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para generar el derecho a recibir una prestación no contributiva, esto es, está haciendo referencia al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM).

Es interesante señalar que el régimen de vigencia de la Orden PRE 1490/2012 se establece con carácter retroactivo a las solicitudes presentadas a partir del 24 de abril de 2012, creando una situación de retroactividad de disposiciones menos favorables que cuanto menos ponen en duda la seguridad jurídica de la medida.

En este sentido, es importante tener en cuenta que España sólo emite facturas por un total de 103.672 pensionistas a sus países de origen, mientras que según el Instituto Nacional de Estadística, el número de pensionistas extranjeros empadronados en España alcanza los 231.364, lo cual arroja una diferencia de 127.692 personas por las que España no recibe ninguna cuota; y que, según el informe del Tribunal de Cuentas de marzo de 2013, al que el preámbulo de la Orden PRE 1490/2012 hace referencia, las Comunidades Autónomas en general están facturando por debajo del coste real los servicios sanitarios prestados a ciudadanos no residentes en España, siendo la pérdida en 2009 de 915 millones de euros.

Sin embargo, la Orden PRE 1490/2012 desvía la atención real del Informe del Tribunal de Cuentas del año 2013 y utiliza el mismo sin especificar el motivo real de esa erosión económica del sistema sanitario -que sí es puesta de manifiesto por el Tribunal de Cuentas- para dictar una disposición que plantea, al menos, la problemática siguiente: ¿la restricción a la libre circulación de personas extranjeras en nuestro territorio es vulneradora de la libertad de trabajo?

No está de más recordar que el Pleno del Tribunal Constitucional, por Providencia de 16 julio 2012, ha

acordado admitir a trámite dos recursos de inconstitucionalidad contra los artículos el Real Decreto-Ley que hace referencia a estas cuestiones.

La penúltima modificación a destacar viene de la mano de la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2013, publicada en el BOE el 26 de diciembre que modifica, entre otras normas, el artículo 222 de la Ley General de la Seguridad social, incorporando una nueva disposición adicional, la sexagésima quinta, que en su apartado segundo hace depender el mantenimiento de las prestaciones sanitarias a la residencia en territorio español, especificando cuando se entiende que existe dicha residencia, *a sensu contrario*, esa residencia se perderá cuando el ciudadano resida en el extranjero por un periodo superior a 90 días.

En resumen, la modificación legislativa al vincular el derecho de asistencia sanitaria -derecho humano, no lo olvidemos- al hecho de la residencia en nuestro territorio implicará que los residentes en el extranjero que no coticen en España, trabajen o no en el país donde viven, perderán su derecho a la asistencia sanitaria en España transcurrido un plazo de 90 días ininterrumpidos fuera de nuestro territorio, salvo que el ciudadano curse estudios homologados o becados en el extranjero.

Al margen de los problemas legales -y, por qué no, éticos, que esta medida puede generar- tengamos en cuenta que según un estudio realizado por el Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud y promovido por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), presentado en el mes de febrero de 2014<sup>72</sup>, casi la mitad de los jóvenes españoles (48,6%) de entre 18 y 24 años aceptaría cualquier empleo, en cualquier lugar y con sueldo bajo, y el 61,7% considera muy probable tener que irse al extranjero para encontrar trabajo, lo que no significa que finalmente lo encuentren.

La última norma a tener en cuenta es el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el RD 1718/2010 de 17 de diciembre sobre receta médica y órdenes de dispensación. El Real Decreto realiza la trasposición de la Directiva 2011/24/UE de 9 de marzo de 2011 y la Directiva de ejecución 2012/52/UE de 20 de diciembre de 2012 por el que se establecen

<sup>72</sup> Estudio presentado con el título de “Crisis y contrato social: Los jóvenes en la sociedad del futuro”, una investigación basada en un millar de entrevistas, febrero 2014.

medidas para facilitar el reconocimiento de las recetas médicas expedidas en otro Estado miembro.

El nuevo escenario que plantea es liberalización del sector de los servicios sanitarios, puesto que se puede prestar asistencia sanitaria a un ciudadano de otro Estado miembro de la UE, Suiza o del EEE, en cualquiera de los centros públicos o privados existentes en nuestro país –asumiendo su país de afiliación el coste real de la asistencia prestada- y porque en nuestro caso, cualquier ciudadano que tenga la condición de asegurado en nuestro país puede asimismo beneficiarse de la asistencia sanitaria de otro país, reclamando posteriormente los costes de la misma, hasta donde hubiera asumido el Sistema Nacional de Salud y la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma de haberse dispensado aquí la asistencia o prestación médica.

El RD 81/2014 no implica el derecho de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza, porque ésta ya existía y se estaba ejerciendo por parte de los pacientes a través de los Reglamentos de coordinación de la Seguridad social y, en último caso, a través de las demandas presentadas al Tribunal de justicia de la UE.

No se trata en este caso de explicar qué es el derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza ni quiénes serán los beneficiarios de la misma y bajo qué condiciones, sino solamente de apuntar que, pese a que el RD mismo finaliza su articulado con la expresión de que la implantación de las normas en él contenidas no deben suponer un incremento del gasto sanitario, el impacto económico y asistencial que puede afectar a nuestra sanidad no debe pasarnos desapercibido. Por una parte, las cargas administrativas y asistenciales para las Comunidades Autónomas derivadas de los procedimientos de evaluación, autorización previa y reembolso de gastos cuando un ciudadano asegurado español reciba asistencia sanitaria transfronteriza se prevén en 4 millones de euros según la propia Memoria de impacto del Gobierno sobre el proyecto de RD presentada el 19 de diciembre de 2013. Pero, por otra parte, no podemos olvidar que es España es un destino prioritario de turismo europeo, que nuestra sanidad es de una altísima calidad en Europa y que tiene unos costes de asistencia relativamente bajos comparados con los países emisores de turismo hacia España, Alemania y Reino Unido, por lo que es un lugar fuertemente atractivo para desplazarse y recibir asistencia sanitaria. Sin embargo, si no facturamos como debemos, gestionando adecuadamente la asistencia sanitaria prestada a ciudadanos residentes

en Europa, entonces sí continuaremos con nuestro problema de turismo sanitario y nuestro agujero en las cuentas del sistema sanitario, atribuible exclusivamente a nuestra deficiente administración y a no a otros supuestos analizados previamente.

#### 4. CONCLUSIONES

A partir de un determinado nivel de gasto sanitario no aumenta la salud de la población; puesto que la salud está muy influenciada por estilos de vida, el ambiente, el desarrollo socioeconómico, educativo, la carga genética y en menor medida la asistencia sanitaria. Pero si bien esto es cierto, también lo es que el gasto sanitario no sólo se destina a la curación sino a la prevención de la enfermedad, promoción de la salud<sup>73</sup>, atención socio-sanitaria o planificación, gasto que tampoco puede hacerse recaer sobre el ciudadano el coste de su salud y de su bienestar. Y menos condicionar la prestación sanitaria a la suficiencia de recursos cuando se trata de un derecho universal.

Asimismo, la disminución salarial del personal sanitario, al margen de que implique una falta de consideración hacia el personal dedicado a la atención de la salud, puede suponer un riesgo para la salud de los ciudadanos, menos recursos, menos salarios, más horas de trabajo para el personal y, por tanto, mayor factor de riesgo para la salud.

La principal ventaja que nos ofrece el copago sanitario estaría en limpiar las deudas del sector sanitario de España, debido a diversas causas que no son objeto de la presente investigación.

De esta forma, se podría ahorrar según el Ministerio de Sanidad en servicios médicos no imprescindibles<sup>74</sup> y destinar este dinero en otras funciones más importantes del sector, como la construcción de nuevos hospitales o renovar el equipamiento médico

73 En este sentido, Guerrero Fernández, M., “El paciente activo ante su salud, el envejecimiento poblacional y la ética en el sector sanitario”. Discurso de entrada como Académico correspondiente. 11-12-2012. Academia de Farmacia Santa María de España, de la Región de Murcia. También en este sentido, OCDE, Health at a Glance Europe 2012. Accesible en [www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf](http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf)

74 En este sentido, puede verse, Sociedad Española de directivos de la Salud (SEDISA) “Declaración sobre las reformas sanitarias en España y las Comunidades autónomas”, hay tasas de hospitalización innecesarias en tono a 10-20%, pruebas y tratamientos innecesarios 30%. P. 3 [http://www.sedisa.net/arcivosweb/Tue2013082775831declaracion\\_sedisa.pdf](http://www.sedisa.net/arcivosweb/Tue2013082775831declaracion_sedisa.pdf)

de los centros de salud y hospitales<sup>75</sup>. Sin embargo la primera objeción que, desde mi punto de vista, existe a este argumento es el hecho de quién adoptará la decisión sobre qué es imprescindible y que es más o menos importante, puesto que a nivel de derechos de los ciudadanos cualquier servicio sanitario ocuparía el mismo grado.

Por otra parte, y tal como han indicado diferentes especialistas, el copago sanitario no se crea con ánimo de ingresar más dinero en las arcas del Estado, sino afirman es una forma de luchar contra el mal uso del sistema sanitario público en España y disminuir el colapso actual; de tal manera, que consideran que el uso del copago en nuestro país provocaría que los pacientes sólo acudieran al médico en casos realmente necesarios, disminuyéndose también el abuso de consumo de medicamentos, no sólo por el efecto dañoso sobre el paciente sino por el coste extra que supone al Estado. En este sentido, según un Estudio realizado por el diputado socialista Martínez Olmos de los servicios sanitarios entre Murcia y Granada, se observa que en la provincia andaluza con un sistema de receta electrónica que asegura que los jubilados no paguen más que el tope fijado por el Real Decreto examinado, los jubilados recogen sus medicamentos; mientras que en Murcia, la recogida de fármacos ha disminuido por parte de este colectivo, por miedo al desembolso y la dificultad de exigir el reembolso de la Administración.

En otro orden de cosas, cualquier decisión en forma de impuesto tiene también su cara negativa, y en el caso del copago sanitario no se cumple la excepción. Si miramos por el interés del paciente, es evidente que el inconveniente estará en tener que pagar una cantidad de dinero por unos servicios que hasta la fecha ya son pagados por los ciudadanos (renta sobre el trabajo y otros impuestos), produciéndose un doble pago o doble imposición. Aunque se ha puesto de manifiesto por parte del Ministerio de Sanidad que en muchos casos este impuesto reduciría el uso de los servicios médicos en situaciones poco necesarias, también es verdad que provocaría que numerosos pacientes dejaran de ir al médico por enfermedades que pueden llegar a ser graves, con el resultado que a la postre, la intervención médica para esos pacientes

saldría mucho más cara al requerir de un tratamiento más elevado de tiempo y, por consiguiente, de precio; e igual situación se da con el uso de los medicamentos, es decir, la prevención eliminaría problemas más graves en el futuro. En definitiva, empeoramiento de las patologías crónicas cuyo control periódico se distancia y deterioro de la salud de los sectores de población con menos recursos.

La prestación gratuita de los servicios y el copago de parte de ellos por los usuarios coexisten como hemos visto en los sistemas de salud de la mayoría de los países de la Unión Europea, pero las principales críticas a su implantación son: su incidencia sobre la equidad, al limitar la igualdad de acceso, y que su utilidad se puede aceptar como fórmula parcial de financiación, pero no como mecanismo que mejore la eficiencia en la asignación de los recursos. La experiencia de países con la implantación del copago ha revelado que efectivamente disminuye el consumo, si bien a costa de importantes pérdidas en el reparto equitativo.

Algunos sectores<sup>76</sup> plantean que las posibles pérdidas de equidad son compensadas por una mayor eficiencia al eliminar excesos de consumo superfluos, pero es difícil determinar si el copago únicamente eliminaría la demanda excedente o por el contrario afectaría la demanda básica de servicios de salud, repercutiendo negativamente en la salud de los consumidores de menores rentas.

Asimismo no perdamos de vista el RD 81/2014 y el impacto no deseado que sobre nuestra sanidad – aumento de las listas de esperas, por ejemplo– puede tener la asistencia sanitaria transfronteriza, tanto si somos Estado de afiliación como si somos Estado de tratamiento.

En otro orden de cosas, ¿Qué sentido tiene la restricción de acceso a la asistencia sanitaria a extranjeros comunitarios y no comunitarios desde un punto de vista económico, o sanitario, o legal, o ético? Es cierto que en la mayoría de los países de la Unión Europea hay restricciones de acceso al sistema sanitario para personas inmigrantes indocumentadas similares a las establecidas en España a partir de 2012,

75 La existencia de mejoras en procesos sanitarios es posible según Peiró, S.; Artells, J.J.; Meneu, R., identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el sistema nacional de Salud, *Gaceta sanitaria* 2011; 25:95-105. [www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/identificación-priorización-actuaciones-mejora-eficiencia-sistema-nacional-90003170-originales-2011](http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/identificación-priorización-actuaciones-mejora-eficiencia-sistema-nacional-90003170-originales-2011)

76 En cuanto a instrumentos y herramientas para que cada modelo de gestión en España tenga la máxima eficiencia una propuesta se encuentra en SEDISA (Sociedad Española de directivos de la Salud), Compromiso de SEDISA con la sostenibilidad y las reformas de los servicios sanitarios públicos. Todo hospital nº 274, 2012, pp. 27-32. Accesible en [www.riberasalud.com/ftp/biblio/2210201210112118-10%20dos%20Sedisa.pdf](http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/2210201210112118-10%20dos%20Sedisa.pdf)

y que son minoría los países que permiten un acceso completo (Francia, Holanda, Suiza, Portugal), sin embargo ¿es legítimo restringir un derecho humano en atención a las circunstancias administrativas de la persona y su lugar de nacimiento?

Es necesario recordar en este sentido, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000 establece en su artículo 35 que *“toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al transcribirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”*.

¿Se ajustan estas restricciones al derecho a la salud, universalmente entendido? Lamentablemente, parece que no.

