

APUNTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA NECESARIA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

Irene Correás Sosa

Facultad de Derecho, Universidad San Pablo CEU

ÍNDICE

1. Introducción
2. El marco competencial de la prestación sanitaria
3. La prestación sanitaria por parte de las Comunidades Autónomas. Efectos de la descentralización y derechos individuales
4. La duplicidad de administraciones en la prestación sanitarias. ¿Exceso de gasto?
5. Conclusiones
6. Bibliografía

RESUMEN

El sistema sanitario configurado en nuestro sistema por el marco constitucional y los procesos de transferencia competencial de los años noventa han dado lugar a la coexistencia de dos administraciones con competencia, de distinto grado y naturaleza, en materia sanitaria. Esta situación produce, en ocasiones, ciertas disfunciones agravadas, en una época de crisis como la actual, por una ineficiencia en el gasto que termina afectando a la prestación sanitaria.

PALABRAS CLAVE

Sanidad, competencias, coordinación, comunidades autónomas, gasto público, racionalización, igualdad, estado social.

1. INTRODUCCIÓN

Asistimos hoy al cuestionamiento quizás más contundente de las bases que sustentan nuestro Estado social. Este proceso no es nuevo, aunque sí lo sea para nosotros. Desde los años ochenta fundamentalmente

-un poco antes en el ámbito político anglosajón-, se viene cuestionando por parte de la doctrina el modelo de Estado social que se extendió en Europa tras la II Guerra Mundial y que se caracterizaba, fundamentalmente, por una universalización en la prestación, una intervención directa del Estado y un gasto público intensivo.

Nuestro país, a pesar de que contaba con cierta experiencia en el marco de preocupación social cuando inicia la Transición, no mejora el modelo ya implantado y cuyo cuestionamiento ya se empezaba a oír a principios de los años ochenta y, si bien la Constitución era lo suficientemente abierta como para haber permitido otro modelo, durante los distintos gobiernos socialistas, mayoritariamente, se instaura un sistema intervencionista e intensivo en gasto público. A esta falta de mejora se incluye una complejidad añadida que sólo fue intuida por unos pocos, o sólo quiso ser intuida por unos pocos, a principios de los ochenta: las Comunidades Autónomas.

La Constitución introducía en sus artículos 148 y 149 una pretendidamente poco precisa, incluso confusa, y en ocasiones concurrente distribución competencial que sirvió, con el paso del tiempo, para ampliar el ámbito de autogobierno de las autonomías.

Esta ampliación competencial no fue ajena al ámbito sanitario. En aras de una mejor prestación del servicio no deja de tener cierto sentido, incluso puede llegar a ser más eficiente, pero no es así como ha resultado. Hoy observamos cómo hemos terminado en un insostenible sistema sanitario que en una época de crisis como la actual se ha visto

especialmente afectado, y cuestionado. No nos extraña esto último, ya que hemos defendido en otras ocasiones la necesidad de racionalizar el gasto, igual que tampoco nos sorprende que haya tenido que ser la crueldad de una crisis económica, y la gravedad de la situación de muchos hospitales, con principal manifestación de los problemas del sistema sanitario, la que haya hecho a muchos consciente de una situación que venía ocurriendo desde hace años. Si nos sorprende en cambio que sean muchos los que frente a la necesidad de tomar medidas hayan optado por la negación de cualquier solución sin plantearse la posibilidad de que pueda ayudar a solucionar el crítico momento en que nos encontramos.

Nosotros analizaremos lo que consideramos la base del resto de las medidas que es necesario implementar en relación con nuestro sistema sanitario, y es la necesidad de la coordinación de las administraciones que tienen competencia sanitaria. Como hemos avanzado no consideramos en sí mismo negativo que exista una distribución competencial, salvo que ello suponga inequidades en los individuos, los únicos y auténticos destinatarios, o así debiera ser, de cualquier política social desarrollada.

Considerando la situación de nuestro país es preciso tener en cuenta cuáles son competencias autonómicas en materia sanitaria, tratando de ver hasta qué punto la asunción de competencias autonómicas supone, si lo supone, una ineficiencia en la prestación sanitaria.

En este punto, estimamos necesario tener en cuenta que el artículo 149.1.1 dispone que el Estado ha de preservar que se respeten los mismos derechos para todos los individuos en todo el territorio, lo que implica, considerando ese marco y teniendo en cuenta lo anterior, ver si efectivamente se cumple este mandato y la distribución competencial no sólo produce ineficiencias, sino, lo que consideramos quizás más importante, si debido a la asunción competencial en materia sanitaria existen barreras para los individuos residentes en otras Comunidades Autónomas que rompen el principio de igualdad de los españoles. Esto nos llevará a determinar si existe un diferente tratamiento de los españoles según la Comunidad Autónoma en que nos encontremos, lo que, de existir, justificaría también en este punto una necesidad de coordinación administrativa, que implicaría además, la necesidad de determinar un ámbito mínimo indisponible de competencia estatal para salvar las ineficiencias del sistema sanitario actual.

Por otro lado, es preciso considerar si la distribución competencial y el hecho de poder individualizar las prestaciones supone un mayor o menor gasto y por qué se produce, sea éste en un sentido o en el otro.

Por tanto, nuestro análisis se centra fundamentalmente en dos aspectos, en primer lugar, desde el punto de vista del individuo, si es necesario coordinar administraciones para asegurar la igualdad de los individuos, y que por tanto, no existan diferencias según la parte del territorio dónde reciban la prestación, aún asumiendo que, precisamente por diferencias geográficas, es imprescindible que exista un ámbito propio de actuación de cada comunidad autónoma, por cuanto por las propias características sociológicas y geográficas, no son similares las necesidades sanitarias de los individuos.

En segundo lugar, y desde el punto de vista de la prestación, observar si existen ineficiencias debidas fundamentalmente de la dispersión de los mecanismos de compra y de asignación del gasto que implican que el sistema se convierta, por el hecho de la distribución competencial, en más costoso de lo que resultaría de estar más centralizada su gestión, al margen de otras medidas que pudieran tomarse y que escapen al objeto de nuestro estudio.

Estimamos, y en ese marco nos movemos, que nuestro sistema sanitario goza de una extraordinaria calidad que no ha de perderse por ser ineficiente en la prestación del servicio desde el punto de vista del coste y de la equidad. Precisamente por ello estimamos necesario abrir un debate sensato y sereno, alejado de la habitual demagogia esgrimida por quienes niegan de plano cualquier cambio, sin plantearse siquiera que ello suponga una mejora, sobre los cambios que necesita nuestro sistema para mantenerse con la calidad actual pero mejorando en eficiencia en la prestación.

2. EL MARCO COMPETENCIAL DE LA PRESTACIÓN SANITARIA

La Constitución de 1978, además antecedentes propios, recibe influencias del movimiento constitucional posterior a la II Guerra Mundial¹.

¹ Como antecedente directo puede citarse el artículo 46 de la Constitución de la II República, si bien ligado estrechamente al trabajo, y no caracteriza por la universalidad que caracterizaría a los sistemas asistenciales tras la II Guerra Mundial. En nuestro país el desarrollo anterior a la Constitución avanzó desde la beneficencia hasta una mayor implicación del poder público

Este aspecto es importante desde el punto de vista social, y de la protección de la salud, ya que recogía la preocupación del Estado por la salud a nivel constitucional y una idea de universalización de la misma. Las referencias constitucionales a la salud las encontramos no obstante, no entre los derechos fundamentales de la Constitución, lo que nos lleva a una primera conclusión, si bien era cuestión de importancia para el Estado no era una cuestión nuclear. La primera referencia la encontramos en el artículo 43, entre los principios rectores de la política social y económica, que reconoce en su primer apartado “*el derecho a la protección de la salud*”, para lo que otorga a los poderes públicos la potestad de “*organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*”, remitiendo los derechos y deberes al oportuno desarrollo legislativo (art. 43.2)².

Además de este artículo 43, entre los principios rectores, también el artículo 41 establece entre las prestaciones de la Seguridad Social la asistencia sanitaria para la maternidad. Junto a estas previsiones hemos de acudir a la distribución competencial de los artículos 148 y 149. Así, el artículo 149.1.16 determina como competencia estatal la sanidad exterior, las bases y la coordinación general de la sanidad, y la legislación sobre productos farmacéuticos; el 148.1.21^a que establece que las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en materia de “*sanidad e higiene*”; La primera conclusión que sacamos de esta configuración constitucional es que son tanto los poderes públicos estatales como los autonómicos los que puedan asumir competencias en materia sanitaria.

El Estado va a mantener como propia la legislación sanitaria básica, la farmacéutica y la sanidad exterior³, pudiendo cualquier otro ámbito

frente al privado, garantizándose progresivamente la seguridad social a un mayor número de ciudadanos, si bien en un sistema de seguros y no de universalización de la prestación. Éste último aspecto era el objetivo a alcanzar con la Constitución de 1978

2 El desarrollo estatal, y por tanto la creación de un sistema sanitario con posterioridad a la elaboración de la Constitución no se producirá hasta 1986, con la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Para completar el marco legislativo estatal es preciso considerar también la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, que completa el desarrollo de la Ley General de Sanidad -en concreto, el Título V- y el Real Decreto 909/1978, de 14 de abril, por el que se regula el establecimiento, transmisión o integración de las oficinas de farmacia.

3 El artículo 38 de la Ley 14/1986, General de Sanidad establece que “son competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales”,

ser desarrollado por las Comunidades Autónomas⁴, como de hecho ocurrió, tal y como comentaremos seguidamente.

En 1986 se aprobaría la Ley 14/1986 General de Sanidad que buscaba solucionar los problemas que se producían al contar con un sistema fragmentado, y modernizar nuestro sistema sanitario, colocándonos al nivel de otros Estados Europeos. De esta forma, en palabras de DE MIGUEL que “la reforma de la Ley General de Sanidad de 1986 representa seguramente la primera gran reforma política del sistema sanitario español en su historia reciente. (...) se entiende que el sentido es doble: elevar el nivel de salud de la población, y disminuir las desigualdades sociales y sanitarias”⁵.

Además, tal y como rezaba su Exposición de Motivos, esta ley daba igualmente respuesta al requerimiento constitucional a los poderes públicos de adoptar las medidas idóneas para llevar a cabo el desarrollo del derecho a la salud. Así, reconoció “el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, si bien, por razones de crisis económica (...), no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones sino que programa

entendiendo por “actividades de sanidad exterior todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros”.

Esta misma ley, reservaba en el ámbito competencial estatal en su artículo 43 la alta inspección en materia sanitaria.

4 Si bien en estos años sólo algunas Comunidades Autónomas han asumido la competencia en materia sanitaria, a lo largo de la década de los noventa, mayoritariamente, las diferentes Comunidades Autónomas asumen la competencia en materia sanitaria, desarrollando todas las competencias no reservadas expresamente al Estado, lo que las va a terminar convirtiendo, como vemos ocurre hoy, en las auténticas responsables de la política sanitaria, con poderes no sólo ejecutivos, sino legislativos, al haber desarrollado, sobre la base de la legislación básica estatal, competencias por la vía de la mejora de las prestaciones a los ciudadanos de sus respectivos territorios. Ello ha ocasionado importantes disfuncionalidades y falta de coordinación, y ha dado lugar a un sistema sanitario por cada una de las diferentes Comunidades Autónomas.

A pesar de este progresivo desarrollo autonómico a juicio de MUÑOZ MACHADO, GARCÍA DELGADO y GONZÁLEZ SEARA, “las competencias que conserva el Estado, aunque mucho más cortas que las de las Comunidades Autónomas, son al menos suficientes para que las grandes líneas de la sanidad, las grandes alternativas que la Constitución deja abiertas, sean marcadas por la legislación estatal”. MUÑOZ MACHADO, S., GARCÍA DELGADO, J. L., GONZÁLEZ SEARA, L. (Dir.), *Las Estructuras del bienestar. Dercho, economía y sociedad en España*, Civitas, Madrid, pag. 223.

5 DE MIGUEL, J.M., “Salud y Sanidad” en JUAREZ, M. (Dir.), *V Informe sociológico sobre la situación social de España*, Fundación FOESSA, Madrid, 1994, pag. 858.

su aplicación paulatina”⁶.

En este sentido se producía una gran diferencia con el modelo que se había gestado para otras prestaciones sociales como la educativa, al configurar un modelo universal pero en ningún caso gratuito, lo que fue un gran acierto si bien con el paso de los años ha calado en la población la idea de que el sistema sanitario era gratuito y su acceso de dicha forma un derecho incondicional del ciudadano, lo que hoy, en que se demuestra lo costoso e ineficiente que ha resultado el por otra parte extraordinario sistema sanitario que tenemos, nos obliga no sólo a acotarlo, sino que podemos decir es una de las principales causas de la crisis de nuestro modelo social, que se ha revelado incapaz de atender la creciente demanda de prestaciones por parte de una ciudadanía que ha confundido el papel *ex constitutione* de protección de la salud del Estado con el de proveedor básico y único de la misma.

El Sistema Nacional de Salud de esta forma integraría “todas las funciones y prestaciones sanitarias que (...), son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud”⁷. Se tendió así a la unión en una única estructura la atención sanitaria que se prestaba desde diferentes ámbitos⁸.

En paralelo a este Sistema Nacional, y sin olvidar el objetivo de integración y coordinación

6 Exposición de Motivos de la Ley 14/1986.

En relación con las competencias asumibles por las Comunidades Autónomas señala esta Exposición de Motivos que “si no se acierta a poner a disposición de las mismas, a través de los procesos de transferencias de servicios, un dispositivo sanitario suficiente como para atender las necesidades sanitarias de la población residente en sus respectivas jurisdicciones, las dificultades organizativas tradicionales pueden incrementarse, en lugar de resolverse. En efecto, si las Comunidades Autónomas sólo recibieran algunos servicios sanitarios concretos, y no bloques orgánicos completos, las transferencias de servicios pararían en la incorporación de una nueva Administración pública al ya complejo entramado de entes públicos con responsabilidades sobre el sector”.

7 Artículo 45 de la Ley General de Sanidad

8 En este sentido el artículo 44 de la Ley General de Sanidad.

Además de la integración de diferentes áreas sanitarias la organización integrada del sistema sanitario público implicaba la necesidad de ordenación de las relaciones, que se articulaban conforme a los principios de coordinación, cooperación, comunicación e información. En el logro de estos objetivos en las relaciones Estado-Comunidades Autónomas jugaba un papel importante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, integrado por un representante por cada Comunidad Autónoma y por igual número de representantes estatales, y presidido por el Ministro de Sanidad (Artículo 47.1 y 4 de la Ley General de Sanidad).

entre ambos niveles territoriales, la Ley establecía la creación sistemas de salud autonómicos, destinados a sustituir la organización de la Seguridad Social que entonces se circunscribía al Instituto Nacional de Salud⁹. De esta forma, tal y como establecía el artículo 50, cada Comunidad Autónoma contaría con un Servicio de Salud, pero cuya actuación, en cualquier caso había de respetar la legislación básica y la orientación estatal. De ahí, que se previera la elaboración por cada Comunidad Autónoma de un Plan de Salud comprensivo de “*todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud*” que había de ajustarse a los “*criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno*” (artículo 54). Ello sin perjuicio del establecimiento de posibles planes de salud conjuntos entre el Estado y las Comunidades Autónomas, o del Estado, en el ámbito de sus competencias, correspondiendo, en cualquier caso, la coordinación general al Estado¹⁰.

Si bien esta ley dio cierta unidad al sistema sanitario, ni supuso una auténtica ruptura con el pasado ni puso solución a problemas ya detectados desde los años ochenta como el control del gasto, la calidad del servicio, ni la gestión de los recursos, tanto materiales como humanos. A ello se unía la gravedad de una crisis económica a principios de los años noventa que en mucho se asemeja a la actual y que puso sobre la mesa problemas que hoy aún consideramos pendientes de solución en nuestro sistema sanitario como la eficiencia, la calidad y el control del gasto¹¹.

9 Tal y como establecía la Disposición Adicional sexta ello ocurriría gradualmente. De esta forma, mientras no se asumiera la competencia, continuaba “la coordinación de los centros sanitarios de la Seguridad Social con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (...), se realizará mediante una Comisión integrada por representantes de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma”.

Mientras no se produjera la transición completa la Disposición Transitoria tercera completaba lo anterior disponiendo que se mantendría Instituto Nacional de la Salud, y “en los casos en que las Comunidades Autónomas no cuenten con competencias suficientes en materia de Sanidad para adaptar plenamente el funcionamiento de sus Servicios de Salud a lo establecido en la presente Ley, el Estado celebrará con aquéllas acuerdos y convenios para la implantación paulatina de lo establecido en la misma y para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios”.

10 Al respecto Capítulo IV del Título III, y artículo 70 de la Ley General de Sanidad.

11 A finales de enero de 1990 se registró en el Congreso una Proposición no de Ley del Grupo Parlamentario del CDS por la que se instaba al Gobierno la creación de una comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro Sorprende, si leemos la Exposición de Motivos, que desde hace dos décadas

En 1992, mediante los Pactos autonómicos se intentó uniformar y darle algo del sentido al sistema competencial, una de las aún tareas pendientes de nuestro sistema constitucional. Así, las Comunidades Autónomas que no lo habían hecho ampliaron progresivamente sus competencias alcanzando los máximos niveles previstos en la Constitución¹². Entre esas competencias no asumidas inicialmente estaba la competencia sanitaria¹³.

A las diversas dificultades que se enfrentaron las diferentes Comunidades para asumir plenamente esta competencia, se ha sumado, a lo largo de estos años, el desarrollo que cada territorio ha hecho de ella, lo que desvirtúa el principio de equidad y de igualdad de los ciudadanos cuando se producen diferencias sólo derivadas de una distinta residencia. No supone evidentemente que se haya negado a un ciudadano la asistencia sanitaria, pero sí que, al estar bajo regímenes sanitarios diferentes, haya distintas prestaciones cubiertas por cada uno de los sistemas

sigamos intentado buscar solución a los mismos problemas. Así, esta Proposición No de Ley, que daría lugar a la constitución de la Comisión Abril Martorell señalaba que “la eficiencia en el uso de los escasos recursos sanitarios se ha convertido en una obligación moral, sin ella es imposible la equidad, la calidad y el progreso asistenciales en estos momentos, el debate sanitario principal es el de <regulación versus competencia>”.

12 A juicio de AJA, opinión que no compartimos, “la igualación competencial de 1992 introdujo varias novedades positivas en el conjunto del sistema, (...) La primera es la racionalización de la administración del Estado (...). Permite además que el Estado se dedique a las funciones de planificación y coordinación, y deje en manos de las CCAA la ejecución de la mayor parte de las políticas públicas. (...). Por último, posibilita un cambio a largo plazo, la simplificación de la distribución competencial”. AJA. E., *El Estado autonómico. Federalismo y hechos diferenciales*, Alianza, Madrid, 2007, pág. 125. Desde nuestro punto de vista estos veinte años posteriores han demostrado como lejos de lograrse una simplificación competencial, y la política de planificación y coordinación en manos del Estado, se ha complicado el mapa competencial, dando lugar a 17 sistemas sólo supuestamente coordinados por el Estado.

13 El proceso se completaría en el año 2001 cuando las diez Comunidades Autónomas que permanecían bajo la gestión del INSALUD pasaron a autogestionarse en virtud de los respectivos Reales Decretos de 27 de diciembre de 2001 -Reales Decretos 1471, 1472 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480/2001 de 27 de diciembre de traspaso de competencias y funciones del Instituto Nacional de la Salud al Principado de Asturias, Comunidad Autónoma de Cantabria, La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Islas Baleares, Castilla y León, respectivamente-; cuya aprobación es preciso considerar junto a la promulgación, también en fecha 27 de diciembre, 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.

Sobre la descentralización puede consultarse DOMÍNGUEZ MARTÍN, M., *Formas de gestión de la sanidad pública en España*, La Ley, Madrid, 2006, págs. 253 y ss.

sanitarios autonómicos, que si bien mantienen un mínimo común las diferencias en las prestaciones complementarias son suficientemente notables.

De esta forma, si bien reconocemos la importancia de prestar una atención descentralizada ya que ello permite atender a circunstancias particulares que no tienen por qué existir en todas las partes del territorio ya que existen diferencias sociológicas, geográficas e incluso económicas, no parece ser la racionalidad, en ningún sentido la que ha guiado nuestra arquitectura territorial.

3. LA PRESTACIÓN SANITARIA POR PARTE DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EFECTOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN Y DERECHOS INDIVIDUALES

La Ley General de Salud de 1986 tenía como objetivo crear un Sistema Nacional de Salud que integrara las dispersas estructuras anteriores y al tiempo contase con las que se creasen a nivel autonómico, de tal forma, que, como establecía la Exposición de Motivos. “el eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas, (...) para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”¹⁴. De esta forma, “los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo, la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado”.

El nuevo modelo buscaba la uniformación, dentro del respeto a la diversidad, a la vez que la extensión a los distintos sectores de la población, con el objetivo final de la tan ansiada plena universalización del sistema sanitario, tal y como requería la dicción constitucional y las tendencias en los diferentes sistemas sociales de los diferentes países europeos desde mitad del siglo XX¹⁵. De esta

14 A pesar de estos intentos los trasposos competenciales y el desarrollo autonómico posterior dan lugar a ciertas dificultades. Éstas “son de distinta índole (...). Por un lado están las derivadas de una definición imperfecta de responsabilidades en los marcos legales (...) lo que lleva a diferentes interpretaciones (a veces opuestas) de la Ley por parte del Estado y las Comunidades Autónomas (...). Un segundo grupo de dificultades son las propiamente administrativas que presentan ciertas Comunidades Autónomas para el desarrollo de las competencias transferidas”. DE MIGUEL, J.M., “Salud y Sanidad” en JUAREZ, M. (Dir.), op. cit., pág. 863.

15 En este sentido el artículo 1 de la Ley establecía en

forma, a juicio de MUÑOZ MACHADO, GARCÍA DELGADO y GONZÁLEZ SEARA “configura una sanidad propia del Estado social y democrático de derecho, que prudentemente recoge experiencias de otros ordenamientos y las trata de acomodar a las peculiaridades del estado autonómico y de la situación que ofrecía la sanidad y, sobre todo, la protección sanitaria de la seguridad social en España”¹⁶

Los intentos de los socialistas de lograr una sanidad universal, equitativa, y de calidad, tras los pactos de 1992, toman nueva forma jurídica en 1995, al aprobarse el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, elaborado por el Gobierno en uso de sus facultades legislativas, y buscando concretar las prestaciones obligatorias del Sistema Nacional de Salud, recogiendo diversas recomendaciones del Informe Abril Martorell.

El objeto de este Real Decreto era ordenar y sistematizar “las atenciones y prestaciones sanitarias directas y personales del Sistema Nacional de Salud, partiendo de los niveles alcanzados por los diferentes regímenes públicos de protección sanitaria, pero acomodándolos a los principios básicos establecidos en la Ley General de Sanidad”¹⁷. Para ello, estableció

su apartado primero que “la presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”, extendiendo su titularidad a los españoles y residentes; y se había de regir, entre otros principios, tal y como establecía el artículo 3, por el de igualdad tanto entre los ciudadanos como entre territorios y por la concepción integral del sistema sanitario.

A pesar de los establecido en estos preceptos y en la Disposición Transitoria Quinta, no se definió en la Ley qué habría de entenderse por esta universalización, si bien podemos asumir que una vez se lograra la extensión a toda la población, con independencia de que todos los ciudadanos quedasen cubiertos bien por un régimen general o por otro particular, como el régimen de pacientes privados establecido en el artículo 16, quedaban cubiertos.

16 MUÑOZ MACHADO, S., GARCÍA DELGADO, J. L., GONZÁLEZ SEARA, L. (Dir.), op. cit., pág. 224. Todo ello, a juicio de los autores “en un contexto de de cierto optimismo económico y social”. *Ibidem*.

Sobre la Ley General de Sanidad comenta ORTÚN RUBIO que se consigue “formalizar el paso de Bismarck a Beveridge, siguiendo la estela de Portugal (1979), Italia (1980) y Grecia (1983)”. ORTÚN RUBIO, V., “La salud del sistema sanitario español”, *Revista Ekonomiaz*, núm. 25, 1993, pág. 13.

17 Tales principios eran “a) La universalización del derecho a la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud (...); b) (...) la garantía de la igualdad sustancial de toda la población en cuanto a las prestaciones sanitarias y la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en el acceso, administración y régimen de prestación de los servicios sanitarios (...); c) La eficacia, economía, racionalización, organización, coordinación e integración de los recursos sanitarios públicos

cinco categorías de prestaciones, las derivadas de atención primaria¹⁸; atención especializada; las farmacéuticas; las complementarias; y las de información y documentación sanitarias¹⁹.

No obstante, tal y como señalan MUÑOZ MACHADO, GARCÍA DELGADO y GONZÁLEZ SEARA, ni este Real Decreto ni el Informe pretendieron limitar las prestaciones, sino recoger legislativamente las diferentes expectativas de los individuos, así como contener en una única norma las diferentes prestaciones. De ahí, que se pueda considerar, a juicio de estos, un avance en la garantía de la igualdad entre los individuos, así como del reparto justo y equitativo de los recursos²⁰.

En esta modificación se echa en falta que no prestara atención a los objetivos mínimos, en tiempo y calidad, de exigencia a los prestadores de servicios sanitarios, como se había apuntado ya a principios de ls años en varios apartados del Informe Abril Martorell.

Si bien la política sanitaria llevada a cabo en las dos últimas legislaturas socialistas había logrado desarrollar un aceptable marco sanitario. Las mejoras introducidas, especialmente desde 1986, supusieron un adecuado desarrollo del mandato constitucional, extendiendo la asistencia sanitaria a la totalidad de la

para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y mantener altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados (...); d) La determinación de fines u objetivos mínimos comunes y de criterios mínimos básicos y comunes en materia de asistencia sanitaria (...); e) La homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público que (...), han de ajustarse necesariamente a la asignación de recursos financieros (...); f) La reclamación del coste de los servicios prestados siempre que aparezca un tercero obligado al pago o cuando no constituyan prestaciones de la Seguridad Social (...)”. *Preámbulo del Real Decreto 63/1995*.

18 Señala DE MIGUEL que si bien la mejora de la atención primaria fue un objetivo perseguido por la reforma de Ley de 1986 quedó en una declaración de intenciones sin un reflejo en los presupuestos ni en las actuaciones del sector público. DE MIGUEL, J.M., “Salud y Sanidad” en JUAREZ, M. (Dir.), op. cit., pág. 859 y 860.

19 Anexo I del Real Decreto 63/1995.

Quedaban fuera de las prestaciones de la Seguridad Social, tal y como se establecía en el Anexo III “la expedición de informes o certificados sobre el estado de salud distintos de los previstos en el anexo I; 2. Los reconocimientos y exámenes o las pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros; 3. La cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita; 4. Los tratamientos en balnearios y las curas de reposo; 5. La cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos; 6. El psicoanálisis y la hipnosis”.

20 MUÑOZ MACHADO, S., GARCÍA DELGADO, J. L., GONZÁLEZ SEARA, L. (Dir.), op. cit., págs. 160 y 261.

población, logrando tanto la universalización, como la equidad en el acceso.

Ambos aspectos, universalidad y equidad, eran principios que no cuestionaban ninguna de las fuerzas políticas, si bien ambos sufrirán un devenir diferente debido a diversas actuaciones político-legislativas que hundieron sus raíces a mitad de la década de los noventa.

Así, la distribución competencial en materia sanitaria no resulta menos compleja que la educativa, la relativa a los servicios sociales o incluso la política de viviendas. El espíritu de consenso del proceso constituyente y los avatares fundamentalmente políticos que han permitido colmar las ansias nacionalistas aún cuando ello fuera en contra del interés general han ocasionado hoy que la competencia del Estado sea muy residual, prácticamente limitada a una labor de coordinación mínima entre las Comunidades Autónomas.

Si pensamos en la heterogeneidad de las sociedades no podemos ignorar el hecho de que una descentralización competencial puede ser positiva ya que permite individualizar a situaciones que pueden darse en una parte del territorio pero que no necesariamente tienen lugar en todo el territorio por igual²¹. De esta forma, al permitir en este caso que una Comunidad Autónoma decida qué particularidades de sus ciudadanos deben ser atendidas no sólo le estamos permitiendo servir mejor a aquellos para los que trabaja sino que ello redundará en una mayor calidad del servicio ya que se presenta éste más personalizado a las necesidades de las personas, al tiempo que se puede atender en menor medida circunstancias que no se den.

21 En palabras de E. CASTELLÓN LEAL, Subsecretario de Sanidad y Consumo en 1999, “al ser competencia de cada comunidad autónoma la planificación, organización y gestión de las políticas de salud y de los servicios sanitarios, se consigue una mayor eficacia, adaptando los servicios a las necesidades reales de la población y favoreciendo su participación propiciada por la proximidad. Ello, a su vez, requiere de un importante grado de coordinación, que permita el intercambio de opiniones y experiencias y fomente la colaboración de todas las Administraciones implicadas, evitando la dispersión y favoreciendo la equidad y la solidaridad. Para ello, se crea en la Ley general de Sanidad, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, y asignándole la función de coordinación de las actuaciones de los poderes públicos en el ámbito sanitario”. CASTELLÓN LEAL, E., “La distribución de competencias sanitarias”, *El Médico*, Anuario 1999, puede consultarse el texto en <http://www.elmedicointeractivo.com/apl/emiold/documentos/anuario99/22-24.pdf>

Pero esta particularización de necesidades no ha de suponer que se produzcan diferencias entre los individuos. En el momento en que el individuo ha dejado de ser el interés principal del estado, que parece ocuparse más de contentar las pretensiones territoriales, no sólo ha supuesto un desplazamiento del primero a favor del segundo sino que se están produciendo graves consecuencias que afectan a la libertad del individuo.

El hecho de que se haya producido una total asunción competencial por parte de las Comunidades Autónomas ha supuesto que hoy podamos hablar de la existencia de 17 estados sociales autonómicos y uno estatal. Esta circunstancia no es solo sumamente ineficiente desde el punto de vista del gasto, que en una situación de crisis como la actual lo hace especialmente grave sino también gravosa para el individuo.

Si los costes del sistema de salud son notables y son además una de las razones más poderosas que justifican un cambio en el modelo social y un cambio en el modelo sanitario, desde nuestro punto de vista lo es más la lesión que supone para la libertad del individuo y la quiebra de principios esenciales como la equidad en la prestación.

Precisamente la equidad fue uno de los objetivos a que pretendía dar respuesta en el año 2003 la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Tal y como reza su Exposición de motivos partía de considerar que “la asunción de competencias por las comunidades autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación”, tal y como hemos defendido. No obstante continuaba la ley apuntando aspectos que venimos señalando. Por ello, esta ley estableció “acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”²², ya que “la experiencia en coordinación

22 Continuaba “a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos. b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o

sanitaria desde la aprobación de la Ley General de Sanidad hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo, que aproveche esa experiencia y ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residencia”.

Reforzaba como órgano básico de cohesión el Consejo interterritorial de Salud, al que se dotó “de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes en la asunción de estas decisiones”, y se creaba junto a él “la Alta Inspección, a la que se atribuye el seguimiento de los acuerdos de aquél, entre otras funciones” (Exposición de Motivos de la ley 16/2003).

A pesar de estas previsiones legislativas, como ocurre habitualmente la ley no es la solución en muchas ocasiones a los problemas sociales. Así, las Comunidades Autónomas han ido desarrollando tanto sus competencias como la forma de proveerlas, ampliando las prestaciones cubiertas y su ámbito de acción ante la inactividad general y la inutilidad de los mecanismos de coordinación previstos que han cedido siempre ante los desarrollos autonómicos²³. Esto no ha sido positivo en todos los supuestos ya que la territorialización que ha supuesto la distribución competencial ha supuesto una inequidad en la prestación ya que no es igual recibir prestación sanitaria en una parte del territorio que en otra y ahí es dónde viene la lesión a los derechos de los individuos ya que no tienen la posibilidad de elegir. Así, el aspecto positivo de poder individualizar prestaciones, como acabamos de decir, se ha traducido en el negativo de introducir diferencias entre las distintas partes del territorio. Esto ha llevado a que hoy nos encontramos con 17 elefantiásicos estados sociales que lo han copado todo tomando como guía la ampliación

competencial, sin considerar las capacidades para afrontarlo y sobre todo el interés del individuo.

El interés del Estado ha de ser siempre el individuo y ello tiene que traducirse en que el Estado se convierta *de iure* y *de facto* en garante de ellos y en proveedor de lo que el individuo no puede darse por sí mismo, como es, en muchos casos la asistencia sanitaria.

Al margen de otras consideraciones que pudiéramos hacer sobre la forma de proveer de asistencia sanitaria en este punto resulta especialmente gravoso para aquellos que no tienen la posibilidad de proporcionarse asistencia por sí mismos (mediante el recurso a la asistencia privada, por ejemplo), ya que, si el territorio en el que viven, bien por falta de fondos, o de competencias no le proporciona aquello a lo que no puede llegar por sus propios medios es cuando se produce la inequidad. En este punto se hace imprescindible determinar qué es y qué no es básico, más allá de la laxa determinación que hace actualmente la ley.

Desde nuestro punto de vista esto sólo tiene una solución y es similar a la que ocurre, al margen de que podríamos hacerle otras muchas observaciones, en relación con la educación. En materia sanitaria consideramos indispensable que el Estado asuma la competencia exclusiva de la delimitación precisa de las prestaciones básicas, lo que implica determinar en lugar qué es una prestación básica. Ello no implica que no se pueda dejar un margen dispositivo a las Comunidades Autónomas, según su propio criterio y combinando la financiación con una parte de distribución de fondos estatales y una mayor financiación autonómica de esta parte dispositiva, pero sin que ello suponga que el contar con se atenderá de forma distinta a un ciudadano frente a otro²⁴.

Esto supondría, en primer lugar que ha de

hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen ; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.c) Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.” Exposición de Motivos de la Ley 16/2003”.

23 Al respecto nos remitimos a las últimas modificaciones estatutarias llevadas a cabo en la pasada legislatura, en particular Cataluña y Andalucía, donde, por la vía de los hechos se han producido ampliaciones competenciales hasta colisionar, cuando no vulnerar, las competencias estatales, ante la pasividad no sólo general sino en particular del Tribunal Constitucional, garante de la Constitución y de los derechos de los individuos.

24 A esta circunstancia de las diferencias en las prestaciones y la descoordinación de la prestación en las distintas partes del territorio se ha referido recientemente el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, cuya exposición de motivos dice claramente que “el Sistema Nacional de Salud viene sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas Comunidades Autónomas. La cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años”.

centralizarse no sólo la definición de la política sanitaria como hemos indicado, sino la forma de control del uso del sistema sanitario público para transferir fondos estatales en función del mayor uso que los ciudadanos hagan de un subsistema sanitario autonómico u otro. De esta forma buscamos no sólo permitir que un individuo vaya a ser atendido en igualdad de condiciones en cualquier parte del territorio y sin que pese su procedencia, sino que favorecemos directamente la competencia entre los distintos subsistemas territoriales.

Esto se traduce que, al igual que en determinadas Comunidades Autónomas existe hoy la libre elección de médico en su territorio, ha de traducirse ello en una libre elección de médico a nivel nacional. Esto es imposible de lograr si no contamos con un sistema unificado a nivel estatal y una única forma de identificación del individuo, lo que puede conseguirse utilizando herramientas con las que ya contamos y que actualmente se estudian en relación con la *e-receta*, como es la vinculando el documento nacional de identidad a una historia clínica, de tal forma que se consigue un único y uniforme método de identificación para todo el territorio.

4. LA DUPLICIDAD DE ADMINISTRACIONES EN LA PRESTACIÓN SANITARIAS. ¿EXCESO DE GASTO?

Actualmente, el hecho de contar con 18 administraciones sanitarias, ello sin entrar en otras duplicidades competenciales, dobla numerosos gastos que, de centralizarse la prestación, aún cuando se mantuviera la gestión y un mínimo disponible por las Autonomías -que por otra parte, es desde nuestro punto de vista el sistema óptimo- se verían considerablemente reducidos.

El actual nivel de gasto sanitario ha sido recientemente objeto de atención, una vez más por nuestros poderes públicos²⁵. Así, el pasado mes de abril el Gobierno de la Nación aprobaba el Real

Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ya que, como se recogía en la Exposición de Motivos de esta norma “la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias”. Y continúa “los datos estructurales y las cifras más significativas del gasto sanitario público muestran que la sanidad pública no puede obviar por más tiempo de una situación claramente incompatible con su imprescindible sostenibilidad y que, al mismo tiempo, ha acarreado consecuencias gravemente perjudiciales para el empleo y la viabilidad de los sectores empresariales que con él se relacionan”.

La financiación del sistema sanitaria se recogía ya en el Capítulo V de la Ley de 1986²⁶ y en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Entre las formas de financiación se preveían las consignaciones presupuestarias del Estado, Comunidades Autónomas y Entes Locales de las cantidades destinadas a atender las necesidades sanitarias (artículo 78 Ley 1986)²⁷, partidas que

[juandedios.pdf](#).

Más recientemente, y sobre el Acuerdo 6/2009, para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía y sus consecuencias, LÓPEZ CARBAJO, J.M., “El nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía”, Presupuesto y Gasto Público, Núm. 62, 2011, págs. 9 a 19.

²⁶ Salvo Navarra y el País Vasco, para los que la Disposición Adicional primera establecía que “la financiación de la asistencia sanitaria del Estado se regirá, en tanto en cuanto afecte a sus respectivos sistemas de conciertos o convenios, por lo que establecen, respectivamente, su Estatuto de Autonomía y la Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero. En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco (...), la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social que se transfiera. será la que se establezca en los convenios a que hace referencia la disposición transitoria quinta del Estatuto de Autonomía del País Vasco”.

²⁷ Desde 1989 se llevaron a cabo modificaciones de forma que mayoritariamente la financiación tenía lugar con

²⁵ Un interesante estudio, que no ha perdido vigencia a pesar de la fecha, sobre la descentralización y sus efectos sobre el gasto público, con cuadros ilustrativos al respecto, es el de CANTAREDO PRIEGO, D., “La financiación autonómica y el caso especial de las competencias sanitarias: trayectoria histórica, situación actual y problemas pendientes”, presentado al IX Encuentro de Economía pública celebrad en Vigo los días 7 y 8 de febrero de 2002.

En el mismo sentido, es recomendable también la lectura de JIMENEZ AGUILERA, J. de D., “La distribución territorial de los recursos sanitarios: algunas propuestas”, Revista de estudios regionales, 2007, págs. 75 a 108. Puede consultarse el texto en <http://www.revistaestudiosregionales.com/jornadas/>

obtendrían su financiación de las cotizaciones sociales y las transferencias estatales, que incluían la participación del Estado en el sostenimiento de la Seguridad Social; la compensación por la extensión de la asistencia sanitaria las personas sin recursos; la compensación por la integración de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud, y la compensación entre las distintas Comunidades Autónomas por prestaciones de servicios (artículo 79 Ley 1986)²⁸.

Ya en 1992 el Informe Abril Martorell, al igual que el reciente Real Decreto 16/2012 al que nos hemos referido, tras partir del reconocimiento de las mejoras del sistema sanitario y la corrección de las desigualdades por parte del primero, y la calidad alcanzada la segunda, establecían la necesidad de contener el gasto y establecer medidas de eficiencia ante la demanda social y cambios demográficos como el envejecimiento de la población.

El informe de 1992 señalaba que se apreciaban “*las tensiones relacionadas con un aumento de la demanda social, por el envejecimiento de la población y la mejora del nivel de vida, y con el desarrollo de los servicios y la tecnología disponible*”, situación que coincidía con “*la transformación del esquema sanitario de la Seguridad Social en un sistema nacional de salud de financiación y cobertura universales*”²⁹. Así, a juicio de los autores del

cargo a presupuestos. “Estas propuestas de cambio hacia una financiación sanitaria pública basada más en las transferencias estatales y menos en las cotizaciones sociales se emprendieron con la idea de fomentar la equidad en la financiación y de corregir las desviaciones presupuestarias continuas de los organismos de gestión sanitaria (INSALUD y Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas”. DE MIGUEL, J.M., “Salud y Sanidad” en JUAREZ, M. (Dir.), op. cit., pág. 865.

Comenta por su parte ORTÚN RUBIO “que la Ley General de Sanidad en 1986 marca el inicio del cambio hacia un sistema nacional de salud, la cobertura poblacional se generaliza y la financiación de las prestaciones sanitarias se realiza fundamentalmente con cargo a impuestos generales a partir del 1 de enero de 1989. Se dan, pues, las condiciones para que el SSE pueda calificarse con Servicio Nacional de Salud. No obstante, las organizaciones normas básicas de funcionamiento y alcance de las prestaciones responden al diseño de la seguridad social”. ORTÚN RUBIO, V., op. cit., pág. 14

28 Dentro de las transferencias estatales se incluía en cualquier caso el sistema de financiación para la asistencia sanitaria a las personas sin recursos que quedasen fuera del sistema de Seguridad Social. Artículo 80 de la Ley General de Sanidad.

De ello se ocupó la Orden de 13 de noviembre de 1989, de desarrollo del Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por la que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

29 Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema

Informe, los efectos de estas tensiones y la falta de mecanismos adecuados de gestión y financiación que dieran respuesta a la nueva realidad, tenían efectos negativos en la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios públicos³⁰.

Los mayores problemas se detectaban en los sistemas de gestión y control, de ahí que se estimase la necesidad de flexibilizar los procedimientos y dar entrada a los métodos y formas de gestión del sector privado³¹. Los objetivos que se buscaban eran: buscar una mayor responsabilidad de los gestores como camino a una mayor eficiencia; buscar una mejor valoración subjetiva de los usuarios; promover una conciencia del coste del servicio sanitario; promover una estructura flexible capaz de adaptarse a nuevas necesidades; y, buscar un mayor grado de participación del personal sanitario³².

En materia de financiación consideraron que era imprescindible una organización más flexible y a la vez orientada por objetivos estratégicos; la separación de la financiación de la provisión de servicios, buscando mayor competencia entre los proveedores de éstos; separar los presupuestos de prevención y promoción de la salud y los de asistencia sanitaria; mayor autonomía financiera y organizativa en los centros públicos; cambios en el sistema de personal, acercando su estatuto más al personal laboral que al funcionarial, buscando estimular a los profesionales sanitarios, introduciendo igualmente mecanismos de motivación e incentivación profesional, al tiempo

Nacional de Salud, Informe y Recomendaciones, julio de 1991. Puede consultarse el texto en http://salpub.uv.es/admon/docs/legislacio/es/Informe_Abril_Martorell_1.pdf, pág. 21.

30 Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud...cit., pág. 22.

Es necesario considerar que pese a que efectivamente había aumentado el gasto ello no necesariamente implica, ni implicó, una mejora en las medidas, por cuanto éstas no están condicionadas a un mayor gasto, sino a una mejor prestación – aunque sí es posible en cambio decir que un menor nivel de gasto sí puede redundar en una peor prestación o un empeoramiento de la asistencia sanitaria. El problema de la sanidad española no se encontraba tanto en una mala asistencia sanitaria sino en una mala gestión de los recursos, que ocasionaba que no siempre llegara la prestación a quién lo necesitara y cuándo lo necesitara.

31 Señalaba la Comisión que “la situación actual parece representar el final evolutivo de un sistema centralizado y rígido, que ha sido capaz de vertebrar y estimular en el pasado una asistencia sanitaria pública, basada en la Seguridad Social, pero que ya es insuficiente para atender los problemas actuales y futuros de los servicios sanitarios en un entorno de recursos limitados”. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud...cit., pág. 23.

32 Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud...cit., pág. 24.

que se mejoraban los mecanismos de capacitación y de formación continua³³.

Además habían de mejorarse las formas de contabilización y las presupuestarias; la creación o ampliación de nuevos servicios, para lo que habría de considerarse la externalización de servicios o bien la contratación externa, o subcontratación de aquellas que no resultasen eficientes y no afectasen al desarrollo principal de la actividad sanitaria. Ello había de ir acompañado de un exhaustivo control de calidad en los servicios, que incluyese prestar atención a la valoración subjetiva que los ciudadanos tienen de la atención prestada³⁴.

Finalmente, sobre la financiación, los aspectos más importantes se centraban en la forma de obtención de los recursos del sistema, que consideraba la Comisión debía asegurar un sostenimiento suficiente de los servicios, para lo que era necesario mantener la financiación vía impuestos, pero también introducir nuevas formas de financiación, incluso que los propios servicios sanitarios buscasen dentro de su actividad, ingresos adicionales de actividades ligadas a la sanidad, pero no directamente relacionadas con la prestación del servicio. Por otro lado, se introduce la idea de la necesidad de que los pacientes tomen conciencia del coste que supone el servicio, para lo que se apunta, la posibilidad de cobrar un precio simbólico, no disuasorio³⁵.

Estas medidas, que hoy pueden parecer novedosas considerando lo poco que hemos avanzado en este sentido, no sentaban bien entre las fuerzas más progresistas y los sindicatos. Si bien no podemos tener una confirmación al no haberse tomado medidas que se apuntaron como la exigencia de un precio simbólico o la mayor asunción del coste farmacéutico, sí consideramos que hubieran podido tener un efecto positivo en la mejora de la sanidad, si bien, evidentemente no eran suficientes, por cuanto eran necesarias, y aún hoy lo son, medidas como la mejora en los procesos, la capacitación y formación continua del personal, y los controles de calidad en los servicios prestados, tanto de forma objetiva, como de forma subjetiva, valorando la imagen que de ellos tienen los usuarios y el por qué de dichas

valoraciones.

En este sentido, coincidimos con SPAGNOLO DE LA TORRE en que “el reto del futuro es encontrar la adecuada combinación entre la acción del mercado, incentivadora de la eficiencia, y la acción del Estado, garantizadora de la equidad (...). Se trataría de favorecer la provisión más eficiente con independencia del criterio de propiedad”³⁶.

A pesar del tiempo transcurrido nos encontramos hoy casi en el mismo punto que hace veinte años. Así, si bien hoy seguimos discutiendo, sin ninguna posibilidad de consenso a corto plazo, mecanismos de eficiencia en el gasto, la coyuntura actual ha hecho imprescindible tomar ciertas medidas, de hecho, alguna ya apuntada por el informe Abril Martorell, como una mayor participación en el gasto farmacéutico.

Consciente de la necesidad de tomar medidas, si bien no podemos valorar aún su alcance, el Real Decreto 16/2012 disponía que en su Capítulo III lo que denominó “Medidas de cohesión y de garantía financiera del Sistema Nacional de Salud”. Así, creaba en su artículo tercero el “Fondo de Garantía Asistencial, con carácter extrapresupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que gozan de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud”. Este fondo, continúa el artículo 3 en su apartado segundo está “destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales”, si bien no establecía qué ocurría cuando debido al problema del exceso de gasto autonómico, que ha puesto a muchas comunidades autónomas en ciertas dificultades para prestar la asistencia básica, no se podían prestar ésta asistencia.

Por otro lado, tampoco se resolvía, si bien ya se ha anunciado una voluntad de acuerdo por parte de todas las Comunidades Autónomas cómo generar economías de escala que favorezca la eficiencia

³³ Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud...cit., págs. 49 a 54.

³⁴ Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud...cit., págs. 55 a 58.

³⁵ Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud...cit., págs. 59 a 64.

³⁶ SPAGNOLO DE LA TORRE, E., “Análisis y comentarios en torno al Informe Abril Martorell”, *Medicina Clínica*, Vol. 100, núm. 7, 1993, pág. 260.

en el gasto, como puede ser la idea ya apuntada de centralizar la compra de productos médicos y el material, lo que es especialmente relevante considerar, y aprovecha la crisis para hacerlo, en un momento en que muchas Comunidades no pueden contar los suministros sanitarios mínimos.

5. CONCLUSIONES

Si bien la prestación sanitaria aconseja en numerosas ocasiones la descentralización para la mejor prestación del servicio, ello no ha de suponer superposición de administraciones que hagan ineficiente la prestación, tanto desde el punto de vista del servicio como del coste.

El sistema sanitario configurado en nuestro sistema por el marco constitucional y los procesos de transferencia competencial de los años noventa han dado lugar a la coexistencia de dos administraciones con competencia, de distinto grado y naturaleza, en materia sanitaria. Esta situación produce, en ocasiones, ciertas disfunciones agravadas, en una época de crisis como la actual, por una ineficiencia en el gasto que termina afectando a la prestación sanitaria.

Una de las circunstancias a que tuvo que hacer frente el modelo creado tras la transición democrática fue la necesidad de coordinar las distintas administraciones que fueron adquiriendo competencias sociales. Esta circunstancia no fue ajena a la prestación sanitaria

Si bien las prestaciones son de notable calidad no podemos hacer juicio de similar rotundidad si atendemos a las ineficiencias en términos de gasto. Conseguir un sistema sanitario eficiente y moderno no pasa sólo por considerar nuevas formas de gestión, por ejemplo, sino que implica, sobre todo, repensar un modelo sanitario y el papel que le corresponden a las distintas administraciones públicas en él.

La situación de crisis actual ha venido a demostrar, también en materia sanitaria, que no es posible para el Estado mantener un sistema sanitario por cada Comunidad Autónoma. No tendremos quizás momento más oportuno, porque lo exigen las circunstancias, para proceder a una reformulación del estado social, y dentro de él, del sistema sanitario si no queremos que termine colapsando ante la imposibilidad del Estado para mantenerlo. En esta reformulación se hace imprescindible determinar, lo

que tendrá que ocurrir a nivel estatal, ese mínimo de prestaciones para todos los ciudadanos que han de cubrir las Comunidades Autónomas, y para el que recibirán auxilio del Estado, pudiendo, como no podía ser de otra manera, haciendo uso de sus potestades autónomas y de sus propios recursos, ampliarlo como se hace en materia educativa, por ejemplo, de tal forma que ello serviría para prestar atención a necesidades que puedan considerarse prioritarias en un territorio pero no tienen por qué serlo en todo el territorio español. De esta forma, cualquier ciudadano español tendría siempre garantizado, con independencia de dónde resida, determinadas prestaciones sanitarias, pudiendo las Comunidades Autónomas, según sus propios criterios, ampliar en un determinado porcentaje el catálogo de prestaciones sanitarias para atender mejor las necesidades de los ciudadanos que se encuentran en su territorio.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, Informe y Recomendaciones, julio de 1991. Puede consultarse el texto en http://salpub.uv.es/SALPUB/legislacion_sanitaria/es/Informe_Abril_Martorell_1.pdf
- AJA. E., *El Estado autonómico. Federalismo y hechos diferenciales*, Alianza, Madrid, 2007.
- CANTAREDO PRIEGO, D., “La financiación autonómica y el caso especial de las competencias sanitarias: trayectoria histórica, situación actual y problemas pendientes”, trabajo presentado al IX Encuentro de Economía pública celebrado en Vigo los días 7 y 8 de febrero de 2002.
- CASTELLÓN LEAL, E., “La distribución de competencias sanitarias”, *El Médico*, Anuario 1999, puede consultarse el texto en <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/documentos/anuario99/22-24.pdf>
- DE MIGUEL, J.M., “Salud y Sanidad” en JUAREZ, M. (Dir.), *V Informe sociológico sobre la situación social de España*, Fundación FOESSA, Madrid, 1994
- DOMÍNGUEZ MARTÍN, M., *Formas de gestión de la sanidad pública en España*, La Ley, Madrid, 2006.
- JIMENEZ AGUILERA, J. de D., “La distribución territorial de los recursos sanitarios: algunas propuestas”, *Revista de estudios regionales*, 2007, págs. 75 a 108. Puede con-

sultarse el texto en <http://www.revistaestudiosregionales.com/jornadas/juandedios.pdf>

- LÓPEZ CARBAJO, J.M., “El nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía”, *Presupuesto y Gasto Público*, Núm. 62, 2011, págs. 9 a 19.
- MUÑOZ MACHADO, S., *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial, Madrid, 1995.
- MUÑOZ MACHADO, S., GARCÍA DELGADO, J. L., GONZALEZ SEARA, L. (Dir.), *Las Estructuras del bienestar. Derecho, economía y sociedad en España*, Civitas, Madrid, 1997.
- ORTÚN RUBIO, V., “La salud del sistema sanitario español”, *Revista Ekonomiaz*, núm. 25, 1993, pág. 13.
- SPAGNOLO DE LA TORRE, E., “Análisis y comentarios en torno al Informe Abril Martorell”, *Medicina Clínica*, Vol. 100, núm. 7, 1993.