

SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Alumno: Ismael Gil Salmerón

Tutor: Juan Francisco Pérez Gálvez

Índice:

1. Introducción	3
2. El derecho a la Salud en España	9
3. Identidad o naturaleza jurídica del Sistema Nacional de Salud	19
4. Ámbito presupuestario	22
5. Ámbito estructural	30
6. Sostenibilidad social	34
7. Modelos de gestión	41
8. Contención del gasto farmacéutico	47
9. Conclusiones	53
10. Bibliografía	55

1. Introducción

La realización de este Trabajo Fin de Grado versara sobre: “Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, la elección de este tema viene dado por la gran importancia que supone para el Estado de derecho la eficacia y sostenibilidad de su sistema de salud. El derecho de acceso a una sanidad de calidad hace posible una mayor igualdad a nivel social, la protección de este derecho es fundamental para la percepción de un Estado de Derecho fuerte para los ciudadanos.

La sostenibilidad de la sanidad es de vital importancia para una población cada día más envejecida, donde las personas que más uso hacen de este servicio son los de mayor edad, son los que, además, consumen más recursos del sistema, pero estos solo son algunos de los retos a los que se enfrentan los gobiernos europeos, otros podrían ser insuficiencia financiera, dificultades para afrontar el envejecimiento de la población, medicalización de la sociedad, efectos provocados por los enormes cambios culturales y familiares, atención sanitaria a las personas que llegan de fuera, la dificultad de sostener financieramente los ritmos de la innovación tecnológica de la sanidad moderna, etc.¹

Los países de la Unión Europea se enfrentan a una serie de retos análogos, según datos del Eurostat la esperanza de vida alcanza en 2014 para los hombres alcanza su nivel más alto en Chipre, 80,9 años, y la más baja en Letonia, 69,1 años, con una diferencia 11,8 años, por otro lado, para las mujeres esta cifra asciende notablemente, siendo la esperanza de vida más alta en España, 86,2 años, y la más baja en Bulgaria, 78,0 años, con una diferencia de 8,2 años. Además, los años de vida sana es otro dato significativo, alcanzando los 73,6 en Suecia como cifra más alta y los 51,5 en Letonia para los hombres con una diferencia de 22,1 años, para las mujeres vuelve nuevamente a subir los años de vida sana hasta los 54,6 que se registra en Eslovaquia y los 74,3 que se registra en Malta, con una diferencia de 19,7 años.² Las grandes diferencias de esperanza de vida podríamos

¹ Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, COMARES, Granada, 2015, p. 27.

² Vide EUROSTAT, *Population statistics at regional level*, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics: “Across the EU Member States, life expectancy at birth for men in 2014 ranged between 69.1 years in Latvia and 80.9 years in Cyprus; a difference of 11.8 years. A similar comparison for women shows that the lowest level of life expectancy in 2014 was recorded in

achacarlas a la eficacia y solidez del sistema sanitario de los Estados, según podemos encontrar en la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE), el gasto total en salud en porcentaje del PIB por país y periodo³, donde Suecia alcanza una inversión de 9,6 % del PIB siendo uno de los más elevados, y Letonia del 6,0 % del PIB siendo uno de los menos elevados.

“Ante el nuevo contexto social y demográfico, se presentan una serie de retos que para hacerle frente debemos tener fijarnos en las siguientes cuestiones⁴:

- La prevención, debemos afrontar un envejecimiento saludable y para ello juega un papel fundamental la educación, pero desde un punto de vista institucional se puede hacer frente desde otras perspectivas, alimentación, hábitos saludables, prevención de factores de riesgo, etc. La Carta para la Salud Global presentada en la Asamblea Mundial de la Salud, del 23 de mayo de 2016, da las claves para el sostenimiento de los sistemas sanitarios, es además, el resultado de tratar de adaptar la salud pública de hoy al contexto global y en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para la elaboración ha colaborado la Federación Mundial de las Asociaciones de Salud Pública (WFPHA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Prestaciones sanitarias, el paso del tiempo tiene un efecto directo sobre la calidad y cantidad de enfermedades que afectan al ser humano que son atendidas. Se debe de adaptar y acercar los dispositivos asistenciales, los profesionales sanitarios (con una mayor formación cualitativa y cuantitativa) y las personas de avanzada edad o los pacientes en general.
- Las prestaciones sanitarias, desde la Unión Europea y los distintos Estados e instituciones que tiene competencia en esta materia, deben de realizar normas que aseguren una carta de derechos que den lugar a la protección de las necesidades de la población.

Bulgaria (78.0 years) and the highest in Spain (86.2 years); a range of 8.2 years. The corresponding range for healthy life years at birth for men was between 51.5 years in Latvia and 73.6 years in Sweden (22.1 years difference), while that for women was from 54.6 years in Slovakia to 74.3 years in Malta (19.7 years).”

³ Vide Instituto Nacional de Estadística, *Gasto total en salud en porcentaje del PIB por país y periodo*, <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t42/p10/10/&file=10003.px&L=0>

⁴ Vide Dictamen del Comité Económico y Social Europeo 2011/C 44/02, apartado 3.

- Sostenibilidad financiera, los Estados miembros de la Unión Europea, garantizan a través de diversas fórmulas la atención que demandan los ciudadanos en general, y las personas mayores en partículas, todos los Estados presentan alguna singularidades o particularidades, el caso español presenta las siguientes⁵: “La protección de la salud es un derecho de configuración legal (STC 139/2016, de 21 de julio, FC10), La condición de asegurado y de beneficiario del SNS, no viene configurado por un determinado régimen prestacional previsto en la CE: (STC139/2016, de 21 de julio, F.J. 8), Por su ubicación sistemática en la CE, es improbable que una determinada regulación del derecho a la salud, a través de una disposición con rango de ley, pueda ser considerada inconstitucional por omisión (STC 139/2016, de 21 de julio, FJ 10), Cabe considerar como básica la definición del sistema de financiación de la sanidad (STC 139/2016, de 21 de julio, FJ 11), La exigencia de que las CCA acrediten condiciones de suficiencia financiera en el marco del principio de estabilidad presupuestaria deriva directamente del art. 135 CE (STC 139/2016, de 21 de julio, F.J. 12).”
- Desarrollo de las nuevas tecnologías, el Consejo de la Unión ya en el 2009 en sus conclusiones se instaba a la implantación de las nuevas tecnologías.”

Hay dos modelos sanitarios implantados en el viejo continente, el modelo Beveridge o Sistema Nacional de Salud, donde podemos encontrar países como Dinamarca, España, Irlanda, Finlandia, Suecia, Portugal, Italia y Reino Unido, y el Sistema de Seguros Sociales o modelo Bismark, donde encontramos: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos. “Las características del modelo Beveridge son⁶:

1. Financiación a través de impuestos
2. Presupuestos del Estado
3. Acceso universal
4. Médicos asalariados o por capitación
5. Control gubernamental

⁵ Vide Juan Francisco PEREZ GALVEZ, “Personal sanitario y salud electrónica: perspectiva y retos pendientes”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *Salud electrónica: perspectiva y realidad*, Monografías de Alta Calidad en Investigación Jurídica, Tirant lo Blanch, Valencia, 2015, p.p. 28-32.

⁶ Vide Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Los sistemas sanitarios en los países de la UE”, *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*, 2013, p. 10 y 11.

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

6. Cierta sector privado
7. Gran implicación del Estado en la gestión
8. Algunos copagos por parte de usuarios

Por otro lado, las características del modelo Bismark son:

- a) Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos
- b) Los recursos financieros van a parar a los “fondos” que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos
- c) Los “fondos” contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto
- d) Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de usuarios”

A pesar de la diferencia de modelos, todos los países han tomado medidas para ciertos grupos de desventaja, con la finalidad de que todos los ciudadanos tengan acceso a la sanidad, estos grupos de indefensión son tres:

1. Enfermos crónicos y graves, discapacitados y ancianos
2. Población con bajos ingresos y en desventaja socioeconómica
3. Los niños, mujeres embarazadas y otros grupos

La hipótesis principal de este trabajo, es la adaptación a la realidad actual de un sistema que presenta numerosas carencias, la propia Unión Europea nos alerta de los diferentes problemas que hay que abordar a la mayor celeridad posible. La reconstrucción del sistema nacional de salud se debe de realizar con la celeridad que requiere el momento actual, pero con el consenso de todas las partes implicadas en el mismo.

Para la realización de este trabajo, debemos analizar las distintas normas que afectan al Sistema Nacional de Salud, desde la Ley 14/1986, de 14 de noviembre, General de Sanidad, pieza base para todo el sistema y que ha sufrido distintas reformas para adaptarlas a las necesidades del momento, hasta 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, además, de las distintas sentencias

del Tribunal Constitucional que ha resuelto como contrario a la Constitución Española algunos preceptos del RD Ley 16/2012.

“El ámbito de la medicina ha experimentado notables cambios en los últimos cuarenta años. A finales de los 70 llegó la tomografía axial computerizada (TAC), que dio un giro copernicano a toda la imagen médica. Poco después apareció la resonancia magnética (RM) donde el cuerpo humano se hizo prácticamente transparente. Hace unos 15 años irrumpió internet. Supuso la democratización del conocimiento biomédico, y comenzó a generar lo que se conoce como “paciente experto”, es decir, el paciente informado, que ha de estar en el centro del sistema. Posteriormente de la mano de la biología y la informática se asentó el proyecto genoma. Es la mayor aventura del hombre, con un camino extenso y fascinante.”⁷ Con ello, y con la cada vez más corta distancia entre grandes eventos de descubrimiento, ya sea sobre sanidad u otros ámbitos, nos encontramos en un momento de la historia donde las evoluciones en muchas materias, incluida la sanidad, serán cada día más fuerte y de mayor calado.

La duración y la intensidad de la crisis económica que sufrimos provoca una reducción de ingresos para las Administraciones Públicas, poniendo en riesgo el sostenimiento de las políticas sociales. La situación de crisis económica ha propiciado un endeudamiento de dichas Administraciones Públicas.⁸

Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha obtenido excelentes resultados a partir de un gasto agregado relativamente modesto, a principios del s. XXI España había alcanzado las más altas cotas de asistencia, solidez y garantía, pasando a ocupar altos puestos en la estadística a nivel mundial.⁹

También, he realizado un repaso por la jurisprudencia que pueda afectar al tema tratado en este Trabajo Fin de Grado (TFG). Entre ellas, la Sentencia del Tribunal Constitucional

⁷ Vide Juan Francisco PEREZ GALVEZ, “Personal sanitario y salud electrónica: perspectiva y retos pendientes”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *Salud electrónica: perspectiva y realidad*, Monografías de Alta Calidad en Investigación Jurídica, Tirant lo Blanch, Valencia, 2017, p. 14.

⁸ Vide Juan Alejandro MARTINEZ NAVARRO, “La pobreza sanitaria”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *Profesionales de la Salud: Problemas jurídicos*, Monografías de Alta Calidad en Investigación Jurídica, Tirant lo Blanch, Valencia, 2017, p. 237.

⁹ Vide José Luis PEREZ RON, “¿A dónde ha ido a parar el dinero de nuestros impuestos?”, *Revista Quincena Fiscal*, 8, 2016, p. 9.

32/1983, donde encontrado la intervención del Magistrado don Francisco Tomás y Valiente, esta sentencia es el resultado del conflicto de competencia que planteo el Gobierno Vasco contra el Real Decreto 2824/1981, de 27 de noviembre, sobre coordinación y planificación sanitaria, esta sentencia resuelve acumulando el conflicto descrito y el que plantea con misma fecha contra el Real Decreto 2828/1981, de 27 de noviembre, ya que se trata de objetos conexos y que se justifica la unidad de tramitación. Otra sentencia es la de 30 de abril de 2015 del Tribunal Constitucional que plantea el Tribunal Superior de Justicia de Madrid respecto a la redacción dada del artículo 174.2 de la Ley General de la Seguridad Social que fue aprobada por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 30 de junio, por la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de la Seguridad Social. Además, se entra en el análisis de la Sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016, de 21 de julio de 2016, donde el Parlamento de Navarra plantea un recurso de inconstitucionalidad contra 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.

Por tanto, se intenta llevar a cabo un repaso normativo y jurisprudencial lo más completo posible, tratando de abarcar todas aquellas normas, sentencias y en algunos casos autos, que afecte de forma significativa al tema principal de este Trabajo Fin de Grado.

2. El derecho a la Salud en España

En el panorama internacional, el derecho de acceso a la sanidad viene consagrado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.¹⁰ Además de otros textos que se han ocupado, como son el artículo 11 de la Carta Social Europea¹¹ o el artículo 1 de la constitución de la Organización Mundial de la Salud: “La finalidad de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.”

Anterior a la Constitución Española de 1978, existía una entidad gestora con una interrelación de entre las prestaciones y la afiliación a la seguridad social, estos eran los elementos centrales del sistema. Con la Carta Magna, se positivista en dos artículos, 43 y 41 CE, el derecho a la protección de la salud y los derechos derivados de la seguridad social respectivamente, pero se regula en artículos diferentes evitando así la socialización de la medicina como explica GARRIDO FALLA.¹²

En el ordenamiento jurídico español, encontramos en la Constitución, norma suprema del sistema jurídico, el artículo 43 CE redactado en los siguientes términos: “**1.** Se reconoce el derecho a la protección de la salud. **2.** Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. **3.** Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.” No deja lugar a dudas en su ordenación. Además, otros artículos tienen una estrecha vinculación con el derecho a la sanidad, como

¹⁰ Naciones Unidas. Declaración Universal de derechos humanos. Artículo 25, 1948: “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*”

¹¹ Consejo de Europa, Carta Social Europea, artículo 11, 1980: “*Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes 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 estimar el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; 3 prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes.*”

¹² Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, Comares, Granada, 2015, p. 18.

son el artículo 49 CE destinado a la protección de las personas disminuidas física, sensorial y psíquicas (Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.) o el artículo 50 CE que establece las pensiones de jubilación y la atención de los servicios sociales en los problemas específicos de salud (Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.).

Por otro lado, la Constitución establece las competencias para el Estado y las Comunidades Autónomas en los artículos 148 y 149 CE. De estos artículos se deduce que el Estado tiene competencia exclusiva en: Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos, artículo 149.1.16º CE, y en Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas, 149.1.17º CE. Por otro lado, “el art. 148.1.21 reconoce la posibilidad de que las Comunidades Autónomas, a través de sus Estatutos de Autonomía, asuman competencias en materia de “sanidad e higiene.” Esta distribución posibilita que Estado y Comunidad Autónoma regulen de modo global este ámbito jurídico. Al primero le corresponde establecer el régimen jurídico básico, y a la segunda, establecer la normativa de desarrollo.¹³ ” Además, las Comunidades Autónomas pueden asumir otras competencias como: Asistencia social (artículo 148.20 CE), las establecidas en el artículo 149.1 CE no reservadas como exclusiva al Estado, las competencias no contempladas en el artículo 149.1 CE, competencia legislativa establecidas por una ley marco, competencias transferidas por la Ley Orgánica.¹⁴

Con todo ello, podemos decir que la Constitución Española configuró la protección de la salud siendo este el principio que debe regir la política tanto social como económica del Estado, imponiéndole el compromiso de dar servicio de atención sanitaria de todos los

¹³ Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “Bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios”, *Revista Andaluza de administración Pública*, 84, 2012, p. 50 y 51.

¹⁴ Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, Comares, Granada, 2015, p. 10.

ciudadanos, sin discriminaciones o ni justificaciones. Por otro lado, la Seguridad Social era la institución que en ese momento y hasta la llegada de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dominaba el espectro de asistencia sanitaria pública en nuestro país, quedando tras la Ley General de Sanidad las prestaciones por parte de la Seguridad Social de carácter sanitario a sus asegurados y de pensionistas, aunque también personas que acceden a través de convenios con la misma SS.¹⁵

La siguiente norma que debemos analizar de ámbito estatal es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que viene a desarrollar los artículos 38, 39, 40, 43 y 73 de la Constitución Española. La LGS en su artículo 50.1 nos habla de las competencias de las Comunidades Autónomas y el Estado en los siguientes términos: “En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.” Hay que tener en cuenta que el Estado tiene atribuidas competencias exclusivas que pueden entrar en conflicto con el artículo señalado de la LGS como es el artículo constitucional 149.1.1º que establece competencia exclusiva para el estado en los siguientes términos: “La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.”

La regulación constitucional de las competencias de Estado y Comunidades Autónomas sumado a que el Tribunal Constitucional no ha realizado una interpretación de forma clara, con un criterio único y que aporte seguridad, dan lugar a que se creen situaciones que generan mayor confusión y entramados legislativos, como el caso de las farmacias, al no existir una legislación clara sobre la materia se ha creado una maraña de legislaciones porque cada Comunidad Autónoma ha creado su propia legislación al respecto.¹⁶

¹⁵ Vide Francisco J. RUBIA VILA (Coordinador), Libro blanco sobre el Sistema Sanitario Español, Academia Europea de Ciencias y Artes, Madrid, 2011, pp. 31-32.

¹⁶ Vide Francisca VILLALBA PÉREZ, “Situación jurídica actual de las oficinas de farmacia en España”, Noticias de la Unión Europea, 251, 2005, p. 60.

Como hemos dicho, la Ley 14/1986, General de Sanidad, “estableces los principios de nuestro sistema sanitario, incorporando como más relevantes los siguientes¹⁷:

- a. Norma integradora de todo el conjunto de disposiciones y de acciones públicas relativas a sanidad, desde un punto de vista normativo asume el papel de punta de lanza para aglutinar todo el derecho cuyo fin último es la protección de la salud establecido constitucionalmente, desde un punto de vista estructural y organizativo produjo la integración tanto a nivel territorial de las Áreas de Salud (artículo 56.2 LGS)¹⁸ como a nivel de las Comunidades Autónomas (artículo 50.1 LGS)¹⁹.
- b. También supuso la creación de un sistema integral, asumiendo la responsabilidad de la “Sanidad pública” que viene a ser la asunción de todos los problemas globales relacionados con la salud humana (artículos 4.1, 18.2, 46.b y e y 56.1).
- c. Vino a modernizar el marco normativo sanitario y poner al día el concepto de acción pública sanitaria, preocupado por la calidad de los servicios prestados. Establece el marco jurídico de derechos y deberes de los usuarios.”

La LGS ha sufrido multitud de reformas, de las cuales podemos destacar el Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD; Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión; Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS o la Ley

¹⁷ Vide Juan PEMÁN GAVÍN, “El régimen de la sanidad: el sistema nacional de salud”, Derecho administrativo IV: bienes, servicios y actividades reguladas, Base de conocimiento Iustel, 2.000.

¹⁸ Ley 14/1986, General de Sanidad. Artículo 56: “2. *Las Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.*

En todo caso, las Áreas de Salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

a) *En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.*

b) *En el nivel de atención especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.”*

¹⁹ Ley 14/1986, General de Sanidad. Artículo 51: “1. *Los Servicios de Salud que se creen en las Comunidades Autónomas se planificarán con criterios de racionalización de los recursos, de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio. La base de la planificación será la división de todo el territorio en demarcaciones geográficas, al objeto de poner en práctica los principios generales y las atenciones básicas a la salud que se enuncian en esta Ley.”*

14/2007, de 13 de julio, de investigación biomédica, por nombrar algunas de las reformas que ha sufrido. Pero sin lugar a dudas, la más importante, de mayor calado y reciente es el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, esta reforma, esta reforma va destinada al sostenimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) , que en su misma exposición de motivos II dice que “son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes.”²⁰

La LGS y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS), ambas en su artículo 3 establecían y fundamentaban la universalización del derecho a la protección de la salud. Pero con la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 desarrollada por el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, da un giro a la normativa hasta ese momento y volviendo a la época anterior a la Carta Magna, por tanto, al aseguramiento basándose en la sostenibilidad del sistema. En la exposición de motivos del Real Decreto 1192/2012, encontramos los principios del Sistema Nacional de Salud en los siguientes términos: “ambos principios, el de universalidad y el de financiación pública, configuran nuestro Sistema Nacional de Salud”, más adelante justifica el Real Decreto Ley 16/2012 en los términos que reproduzco: “ha permitido, mediante la modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, superar un vacío normativo que ponía en riesgo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, completando el marco normativo vigente y estableciendo un régimen jurídico más adecuado que permite definir los supuestos de acceso al derecho a la asistencia sanitaria pública, a través de las figuras del asegurado y del beneficiario, y regular un mecanismo de reconocimiento de dicha condición que resulte de aplicación tanto a los españoles como a los ciudadanos de otras nacionalidades.” En la misma exposición de motivos podemos encontrar como

²⁰ *Vide* 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. Disposición de motivos II, párrafo III.

principio la universalización del derecho a la protección de la salud y como se justifica el aseguramiento siendo contradictorio en un plano real y a pie de calle.

Debemos analizar la Sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016, de 21 de julio de 2016. En ella encontramos: la protección de la salud es un derecho de configuración legal, la condición de asegurado y de beneficiario del SNS, no viene configurado por el determinado régimen prestación al previsto en la Constitución Española, dada su ubicación sistemática es improbable que una determinada regulación a través de disposición con rango de ley que trate el derecho a la salud pueda ser inconstitucional por omisión, considerar como básica la definición del sistema de financiación de la sanidad, la exigencia de que las Comunidades Autónomas acrediten condiciones de suficiencia financiera en el marco del principio de estabilidad presupuestaria deriva directamente del artículo 135 de la Constitución Española.²¹

Las condiciones tanto de asegurado como de beneficiario del Sistema Nacional de Salud, no está determinado con un régimen en la Constitución Española, así esta sentencia en su Fundamento Jurídico número 8 establece lo siguiente: “Comenzaremos nuestro enjuiciamiento examinando el art. 1. Uno del Real Decreto-ley16/2012. Este precepto, que modifica el apartado 2 del art. 3 LCCSNS, al referirse a los requisitos para la adquisición de la condición de asegurado y de beneficiario del SNS, es el que configura el régimen de acceso a la asistencia sanitaria en España con cargo a los fondos públicos, que se hace efectivo mediante la cartera común de los servicios del SNS, tal como ya se ha examinado en el FJ 5.a). [...]. La norma cuestionada adopta un modelo que se sustenta principalmente en la conexión entre la cotización al sistema de la Seguridad Social y el derecho a recibir las correspondientes prestaciones sanitarias en condiciones de gratuidad o de bonificación. La nueva regulación de la condición de asegurado del SNS supone un cambio en la política de progresiva extensión de la asistencia sanitaria gratuita o bonificada, que se aprecia a partir de la creación del SNS y de la gradual incorporación como titulares de las prestaciones de colectivos a los que no alcanzaba la condición de asegurado de la Seguridad Social. Como es evidente, el sólo hecho del cambio de criterio del

²¹ *Vide* Juan Francisco PEREZ GALVEZ, “Personal sanitario y salud electrónica: perspectiva y retos pendientes”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *Salud electrónica: perspectiva y realidad*, Monografías de Alta Calidad en Investigación Jurídica, Tirant lo Blanch, Valencia, 2015, p.p. 28-32.

legislador en nada afecta a la constitucionalidad de la medida, ya que la Constitución no ha prefigurado directamente un contenido prestacional que el legislador deba reconocer necesariamente a cualquier persona, sino que el art. 43.2 CE impone un mandato a los poderes públicos, y en particular al legislador, para establecer los derechos derivados del apartado 1 de ese mismo precepto. Como ya se ha señalado, se trata de un derecho de configuración legal y que, por tanto, permite al legislador redefinir los derechos y obligaciones de los titulares del mismo.”

En el Fundamento Jurídico número 10 de la STC 139/2016, de 21 de julio, encontramos la protección de la salud como un derecho de configuración legal: “Este sería el caso de la protección de la salud, que, es un derecho de configuración legal, que corresponde regular al legislador respetando los valores y los principios constitucionales, así como el contenido que se desprende del art. 43 CE en lo que atañe a las condiciones de acceso a las prestaciones sanitarias. Es, por tanto, un derecho susceptible de ser modulado en su aplicación a los extranjeros (STC 236/2007, FJ 4, con cita de otras).”

También en el Fundamento Jurídico número 10 encontramos: “Por último es también necesario advertir que, ‘en la naturaleza de los principios rectores de la política social y económica que recoge el Capítulo III del Título I de nuestra Constitución hace improbable que una norma legal cualquiera pueda ser considerada inconstitucional por omisión, esto es, por no atender, aisladamente considerada, el mandato a los poderes públicos y en especial al legislador, en el que cada uno de esos principios por lo general se concreta’ (STC 45/1989, de 20 de febrero), FJ 4), de manera que esa inconstitucionalidad por omisión ‘sólo puede entenderse producida cuando es la propia Constitución la que impone al legislador la necesidad de integrar su texto en aspectos no contemplados por ella’ (STC 317/1994, de 28 de noviembre), FJ 4), lo que es patente que no ocurre en este caso.

En suma la regulación examinada responde a una lícita opción del legislador que queda dentro de su margen de configuración que le es propio, sin que con ello se vulnere el art. 43 en relación con el art. 13 CE.” Viene a establecer la improbabilidad que una norma con rango de ley pueda ser sentenciada como inconstitucional por omisión.

Se puede considerar básica la definición del sistema de financiación de la sanidad, según dice el Fundamento Jurídico número 11: “Este Tribunal ha declarado (STC 71/2014, de 6 de mayo), FJ 7) que ‘cabe considerar como básica la definición del sistema de financiación de la sanidad, lo que incluye tanto la garantía general de financiación pública como, dentro de esta garantía, los supuestos en los que algunas prestaciones comunes que no son básicas (las ‘suplementarias’ y de ‘servicios accesorios’) pueden estar sujetas a una financiación adicional con cargo al usuario del servicio (tasa o ‘copago’). En efecto, la definición de la modalidad de financiación aplicable a las diferentes prestaciones sanitarias, y en qué supuestos procede el pago de aportaciones por sus destinatarios, tiene una incidencia central en la forma de prestación del propio servicio, constituyendo así también un elemento nuclear del propio ámbito objetivo de las prestaciones sanitarias, que en consecuencia debe ser regulado de manera uniforme, por garantizar el mínimo común de prestaciones sanitarias cubierto por financiación pública en todo el territorio nacional (STC 136/2012, FJ 5; concita de las SSTC 98/2004, de 25 de mayo; y 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3)”

Por último, el Fundamento Jurídico número 12, expone que el marco del principio de estabilidad presupuestaria que deriva del art. 135 CE, las Comunidades Autónomas pueden ser exigidas para que acrediten su condición de suficiencia financiera: “Examinaremos ahora las tachas relacionadas con la vulneración de las competencias de la Comunidad Foral de Navarra en las que, a juicio de la Letrada del Parlamento, incurre en el art. 2.Cinco del Real Decreto-ley 16/2012. La primera de ellas es la relativa a que, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de una Comunidad Autónoma, resulte preceptiva ‘la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria’, lo que limitaría la capacidad de desarrollo legislativo de las bases estatales derivado del art. 53 de la LORAFNA y las especialidades que para Navarra se desprenden de la disposición final tercera de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. El Abogado del Estado ha defendido que la mencionada garantía responde a las exigencias del art. 135.1 CE y se ajusta a la doctrina constitucional en materia de estabilidad presupuestaria. Esta queja no puede ser atendida, ya que no es posible apreciar la vulneración que se denuncia. La exigencia de que las Comunidades Autónomas acrediten condiciones de

suficiencia financiera en el marco del principio de estabilidad presupuestaria deriva directamente del artículo 135 CE, al disponer que ‘todas las Administraciones Públicas adecuarán sus actuaciones al principio de estabilidad presupuestaria’. Según la STC 157/2011, de 18 de octubre), FJ 3 ‘Estamos, pues, ante un mandato constitucional que, como tal, vincula a todos los poderes públicos y que por tanto, en su sentido principal, queda fuera de la disponibilidad —de la competencia— del Estado y de las Comunidades Autónomas’. Por otra parte, la STC 215/2014, de 18 de diciembre, FJ a), recuerda que ‘La imposición de límites presupuestarios a las Comunidades Autónomas no sólo encuentra su apoyo en la competencia estatal de dirección de la actividad económica general (ex art. 149.1.13), estando su establecimiento ‘encaminado a la consecución de la estabilidad económica y la gradual recuperación del equilibrio presupuestario’, sino que ‘encuentra su fundamento en el límite a la autonomía financiera que establece el principio de coordinación con la Hacienda estatal del art. 156.1 CE’, sobre todo, al corresponderle al Estado ‘la responsabilidad de garantizar el equilibrio económico general’ [STC 134/2011, de 20 de julio, FJ 8.a)], límites de la autonomía financiera de las Comunidades Autónomas “que han de reputarse constitucionales cuando se deriven de las prescripciones de la propia Constitución o de la ley orgánica a la que aquélla remite (art. 157.3 CE)’ [STC 134/2011, de 20 de julio, FJ 10].” En todo caso, dicha garantía se vincula, en el caso concreto, a la necesidad de establecer los recursos adicionales necesarios para la implantación de la ya mencionada cartera complementaria de servicios así como a su no inclusión en la financiación general de las prestaciones del SNS.[...], la STC 148/2006, de 11 de mayo, FJ 7, ya dejó sentado que la autonomía de gasto de la Comunidad Foral se encuentra limitada materialmente por los principios de coordinación con la hacienda estatal y de solidaridad entre todos los españoles que derivan del art. 156.1 CE, e igualmente resaltó el contenido esencialmente tributario del Convenio económico, que no contiene normas especiales relativas a su autonomía de gasto. Sentó así un criterio que sigue siendo plenamente aplicable, según el cual ‘La aprobación de la Ley general de estabilidad presupuestaria por parte de las Cortes Generales (Ley 18/2001, de 12 de diciembre) y de su Ley complementaria (Ley Orgánica 5/2001, de 13 de diciembre) tampoco han introducido cambios en este sentido, puesto que las alusiones contenidas en ambos casos a que su aplicación en la Comunidad Foral de Navarra se llevará a cabo conforme a lo establecido en el art. 64 LORAFNA no se traducen en una vinculación menos intensa

a las obligaciones derivadas de ambos textos, sino en una participación más directa de la Comunidad foral (básicamente a través de la comisión coordinadora integrada por representantes de la Administración del Estado y la Administración foral) en su aplicación'. Conclusión ratificada en el FJ8 de la misma cuando se indica que 'Así, la alusión a que las relaciones entre ambas Administraciones se establecerán conforme a la naturaleza del régimen foral tiene su ámbito natural de proyección en el ejercicio de las competencias y, singularmente, en la vertiente participativa bilateral o multilateral, y no en el alcance de las competencias del Estado (singularmente las básicas) y de la Comunidad foral'. Por tanto, el régimen de convenio económico no opera como una excepción al marco competencial aplicable, tal como ya ha recordado la doctrina del Tribunal Constitucional [así, SSTC 31/2016, de 3 de marzo, FJ 3, y 171/2014, de 23 de octubre, FJ 6a), en relación con el sistema de atención a la dependencia y a las normas aplicables a los límites de endeudamiento de las entidades locales, respectivamente]."

3. Identidad o naturaleza jurídica del Sistema Nacional de Salud

Debemos saber que es un sistema para poder decir si el Sistema Nacional de Salud es un sistema como tal o no lo es. La teoría general de sistemas entiende el mundo como un conjunto de fenómenos individuales interrelacionados, estos principios, conceptos, modelos, ideas y métodos son aplicable a diversos campos de conocimiento, ciencia, ingeniería, artes y humanidades.²² Un sistema no es solo una suma, a pesar de ser también una suma, es decir, los elementos se unen formando una unidad superior que es diferente no solo en tamaño, sino que es una unidad diferenciada de las partes que la compone, esta unidad superior integra y comprende estas unidades más pequeña.²³

Para abordar el Sistema Nacional de Salud debemos saber que entendemos por este sistema, puede ser entendido de diversas formas: “Cuando hablamos de sistema sanitario público podemos pensar en una decisión política tomada por un gobierno, representando al sujeto colectivo; o bien podemos pensar en un hito de reciprocidad y solidaridad que plasma y refuerza los valores éticos compartidos; o bien un ordenamiento jurídico que marca derechos y deberes y puede exigir amparo al poder judicial; y también puede entenderse como un instrumento de ingeniería social que permite organizar la financiación y utilización de los servicios sanitarios de forma eficiente y equitativa. Todos estos enfoques son diferentes pero convergentes en identificar un fenómeno social fundamental: la creación de una institución, el sistema público de salud, que aporta cohesión política, social, equidad, justicia, seguridad, desarrollo económico y ciudadanía.”²⁴

²² Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, COMARES, Granada, 2015, p. 28.

²³ Vide Francisco GONZALEZ NAVARRO, *Derecho administrativo español*, Eunsa, Pamplona, 1993, pp.: 483 y 484.

²⁴ Vide José Ramón REPULLO LABRADOR, “Financiación de la sanidad: distribución y asignación de recursos”, en Alberto PALOMAR OLMEDA y Josefa CANTERO MARTINEZ (Directores), *Tratado de Derecho Sanitario, Vol. I, Thomson Reuters Aranzadi*, Pamplona, 2013, p. 140.

La Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 32/1983, aplicando el artículo constitucional 149.1.16º establece que se debe fijar medios y sistema la comunicación de información, homogeneidad de técnicas en determinados aspectos y una acción conjunta de las instituciones tanto estatales como autonómicas que den lugar a la integración de actos parciales en el globalización del sistema sanitario. Por qué en dicha sentencia establece en su Fundamento Jurídico Primero: “Por consiguiente cuál sea el órgano estatal -Cortes Generales o Gobierno- que ejerce la competencia del Estado -id est, no de la Comunidad que la reclama- y cuál sea la forma o rango de la norma a través de la cual se ejerce dicha competencia son problemas indisociables del de la titularidad de la competencia impugnada en un conflicto de competencia y, en concreto, en el presente, de donde se infiere que para resolverlo no bastará, al menos en relación con la competencia de fijación de las bases que en este caso son las de la sanidad nacional (art. 149.1.16 de la C.E.), con declarar que tal competencia es o no estatal, pues aun siendo estatal una competencia, si la ejerce un órgano del Estado distinto al previsto constitucionalmente, el Tribunal tendrá que declarar nula la norma en que tal competencia se contenga”. Añade en su Fundamento Jurídico Tercer lo siguiente: “sobre estas materias, coordinación que cuenta con la «obligada colaboración de las Administraciones implicadas como un prius tanto lógico como jurídico, pues sin colaboración de los entes a coordinar, ninguna coordinación es posible.”

Pero en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, trata sin éxito una mayor coordinación y comunicación para lograr una integración en un sistema de los servicios sanitarios. La realidad es que se funciona con diecisiete sistemas de salud distintos y que en ocasiones compiten entre ellos,²⁵“El Sistema Nacional de Salud no es un sistema, o el mismo supone un fracaso efectivo de su desarrollo y mantenimiento.”²⁶ La LCCSNS crea distintos organismos destinados a lograr mayor cohesión y estabilidad, Consejo Interterritorial del SNS, el Fondo de Cohesión y el Sistema de Información, por otro lado, trata de crear redes de conocimiento como el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Esta ley tenía como fin crear el Consejo Interterritorial del SNS (CIS) que debía ejercer como

²⁵ Vide Francisco J. RUBIA VILA (Coordinador), *Libro blanco sobre el Sistema Sanitario Español*, Academia Europea de Ciencias y Artes, Madrid, 2011, pp. 95 y 96.

²⁶ Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, COMARES, Granada, 2015, p. 30.

instrumento clave de todo el sistema, lograría consensos dando cuenta de su actividad anualmente al Senado, además el Fondo de Cohesión daría la posibilidad de asistir a los mejores servicios especializados independientemente de donde fuera el lugar de residencia del ciudadano y donde se encuentre el servicio, esto sumado a unos servicios de información sanitaria que logre armonizar y hacer accesible a los interesados toda la información relevante.²⁷ Todos estos objetivos no se han logrado por la necesidad de unanimidad en las decisiones del CIS, dificultando hasta el punto de hacer fracasar la aplicación de la ley.

Una queda claro que el Sistema Nacional de Salud no es un sistema, tenemos que acudir a la Sentencia del Tribunal Constitucional 22/2016, de 16 de febrero, que cuando hablar sobre la coordinación lo hace en los siguientes términos que reproduzco: “[...] Por lo que se refiere a la coordinación, esta “persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían, respectivamente, la realidad misma del sistema. En este sentido hay que entender la competencia estatal de coordinación general, a propósito de la cual conviene señalar las siguientes precisiones: en primer lugar, es una competencia distinta a la fijación de bases; en segundo término, la competencia de coordinación general presupone la existencia de competencias de las Comunidades en materia de Sanidad, competencia que el Estado, al coordinarlas, debe obviamente respetar; por otro lado, la coordinación general, por su propio carácter, incluye a todas las instituciones territoriales en la medida en que tengan competencias en materia sanitaria y, por tanto, a las corporaciones locales; además, la competencia estatal de coordinación general significa no sólo que hay que coordinar las partes o subsistemas del sistema general de sanidad, sino que esa coordinación le corresponde hacerla al Estado; por último ha de precisarse también, por lo que ahora interesa, que la coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario. Todo ello, en el mismo sentido de nuestra anterior Sentencia de 28 de abril de 1983» (STC 42/1983, de 20 de mayo, FJ 3).”

²⁷ Vide Francisco J. RUBIA VILA (Coordinador), *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español*, Academia Europea de Ciencias y Artes, Madrid, 2011, p. 40.

4. Ámbito presupuestario

Desde un punto de vista económico y más en concreto en la economía productiva, la salud juega un papel relevante, creando empleo cualificado y generando riqueza. Es un área o sector con fuerte conexión con áreas de gran e inminente desarrollo, como la nanotecnología, creación de nuevos materiales, biomedicina o biotecnología.

“El escenario financiero aparece, pues, especialmente difícil, tanto para el SNS en conjunto como para cada uno de los Servicios Regionales de Salud que lo integran, sin que racionalmente se pueda hacer pronóstico alguno de mejora a corto o medio plazo.

De hecho, el modelo sanitario español se enfrenta a la situación más problemática y difícil de cuantas ha tenido que afrontar a lo largo de su existencia, obligado como está a adaptarse a la compleja realidad financiera de las Administraciones Públicas estatal y autonómicas de las que depende, sin haber solventado, o paliado al menos, los graves problemas que desde tiempo atrás arrastra.

Sin embargo, parece obvio que el mantenimiento del carácter universal, gratuito e igualitario de las prestaciones asistenciales del sistema sanitario público es factor determinante de cohesión social e incluso de seguridad pública en un marco como el actual, de crisis económica y paro, que afecta de manera muy grave a la población trabajadora española e inmigrante.”²⁸

La resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 dice que todos tenemos derecho de acceso a la sanidad y que, por ello nadie debe sufrir dificultades económicas, pero el mundo está todavía demasiado lejos de alcanzar este objetivo. En un informe sobre la salud en el mundo de Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) los países deberían gastar US\$ 60 per capita. Entre los ODM está la universalización de la sanidad, en este mismo informe establece una serie de medidas para lograr los objetivos. El primer paso consiste en asegurar unos recursos económicos a los países pobres para que puedan invertir y gastar

²⁸ *Vide* Francisco J. RUBIA VILA (Coordinador), “Libro blanco sobre el Sistema Sanitario Español”, Academia Europea de Ciencias y Artes España, Madrid, 2011, p. 121.

de forma paulatina en sus sistemas sanitarios con el fin de un avance progresivo. Además, establece tres formas generales de aumentar los ingresos por parte de los países y una cuarta para lograr un mejor funcionamiento de los Sistemas Sanitarios: aumentar la eficiencia en la recaudación de ingresos, restablecer las prioridades de los presupuestos del estado, financiación innovadora y ayuda al desarrollo para la salud.²⁹

Según datos que he podido consultar en la web del Banco Mundial, sumando los datos de todos los países del mundo en 1995 se destinaba el 8.507% del PIB a sanidad y en 2014, el último año del que se publican datos, supone un 9.933% del PIB y registrando su máximo en el año 2009 con un 10.388% del PIB. En el caso de España, encontramos una fuerte subida en el año 2009 respecto al año anterior alcanzando 9.521% del PIB, respecto al 8.805% del PIB del año 2008, pero su máximo histórico lo encontramos en el año 2010 con un 9.556% del PIB y se contrae hasta el año 2014 en un 9.04% del PIB. En el año 1995 y según datos del Banco Mundial la Sanidad suponía el 7.4% del PIB español.³⁰ Podemos apreciar con estos datos como los recortes han supuesto una reducción de 1.4% del PIB en el Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, hay que decir que es un sector que con el paso del tiempo y con la ayuda de las áreas a las que se encuentra conectada aumenta su importancia para la sociedad y para el desarrollo de la humanidad.

El gasto sanitario público en España en el año 2014 asciende a 61.947 millones de euros, que porcentualmente supone el 5,9% del PIB. El gasto sanitario público ha tenido un descenso desde el año 2010 en el que suponía 69.400 millones de euros y el 6,4% del PIB, en el año 2012 suponía 64.138 millones y el 6,2% del PIB, con respecto al año 2014.

31

²⁹ Vide Organización Mundial de la Salud, *La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*, 2010, pp. X-IX
<http://www.who.int/whr/2010/es/>

³⁰ Vide Banco Mundial, *Gasto en Salud, total (% del PIB)*,
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

³¹ Vide Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación, Unidad Responsable de la Estadística de Gasto Sanitario Público, *Estadística de gasto sanitario público 2014: principales resultados*, 2016, p. 2.
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

Las actividades sanitarias, veterinarias y servicios sociales suponen el 8,2 % del Valor Añadido Bruto (VAB) del sector servicios, que además supone el 9,6% del empleo en servicios y el 6,2 del empleo total.³²

Dentro del gasto sanitario público podemos encontrar como la remuneración de personal supone el 45% del gasto, consumo intermedio el 23,8%, transferencias corrientes el 17,7% y los conciertos el 11,7%. Con estos datos podemos decir que la mayor parte, siendo prácticamente del doble de la que le sigue, está destinado al gasto de los salarios de los profesionales cualificados.³³

El debate sobre la sostenibilidad del SNS es un debate inducido por fuertes intereses económicos, tratando que como ha ocurrido en otros países se lleve a cabo una desregularización y privatización del sistema sanitario público, tratan de aprovechar los problemas que salen a la luz en la crisis económica, como la financiación de los sistemas públicos de protección social. Pero un sistema que da cobertura a 47 millones de personas es susceptible de mejoras debido al gran volumen de usuarios.³⁴

La médica y vicepresidenta de la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, María del Rosario Fátima Aburto Baselga afirma que 65.000 millones de euros al año y subiendo es un bocado demasiado sabroso para que pasen desapercibidos a los mercados, una vez que es difícil deslocalizar más empresas, bajar aún más los salarios de los trabajadores españoles o su protección social, los mismos mercados están al acecho de los Servicios Sociales. El capital, sabe esperar e invertir en doctrina, argumentario y discurso cuando el futuro le puede merecer la pena, mas ahora cuando florecen los proyectos de Thatcher y Reagan. La privatización de la sanidad, aunque los defensores niegan este término ya que se financiara con los impuestos, es un mal remedio, debido a que como hemos visto la mayor parte del gasto está destinado al salario de los empleados, un 45 por 100 del gasto total, por tanto, si estas empresas pretenden tener un margen de

³² Vide CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL, *Informe de desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el Sistema Sanitario*, 2010, p. 14.
<http://www.ces.es/documents/10180/18510/Inf0110>

³³ Vide Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación, Unidad Responsable de la Estadística de Gasto Sanitario Público, *Estadística de gasto sanitario público 2014: principales resultados*, 2016, p. 3.
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

³⁴ Vide FEDERACION DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PUBLICA, *La sostenibilidad del sistema sanitario público: 12 propuestas para garantizarla*, 2011, p. 2.

beneficio será a costa del salario de los trabajadores en gran medida, por que como empresas que son buscan beneficios. Comparan los gastos de hospitales públicos y privados, demostrando que los privados son menos costosos por cama, pero jamás explicaran el coste por procesos, sus resultados y la población asistida.³⁵

Cabe recordar, que los usuarios que más gasto realizan son las personas de mayor edad, con dolencias crónicas y que suponen un fuerte desembolso para las arcas públicas, teniendo en cuenta además que con el paso de los años se amplía la esperanza de vida y la edad de jubilación sigue en los 65 años por lo general, aunque existan algunas prejubilaciones, estos son los datos que las empresas privadas no hacen públicos, la gestión de este usuario. La omisión de esta información es la que provoca que sobre el papel los hospitales privados sean menos costosos, ya no solo por la reducción del salario o el empeoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores que sería uno de los mayores costes, si no por omitir los costes de parte de la población que más gasto generan al Sistema Nacional de Salud.

Existen dos posiciones enfrentadas, de una parte, corriente progresista que entiende la sanidad pública como uno de los pilares esenciales del estado de bienestar defiende la atención sanitaria como un derecho de los ciudadanos y promueve el acceso a los servicios de tomar universal y gratuita, sin ninguna limitación. Considera el sector privado subsidiario y complementario. De otra parte, pensamiento neoliberal que considera que cada cual debe acceder a los servicios sanitarios que pueda costear personalmente. Esta corriente, hoy predominante, hizo circular en los últimos tiempos un argumentario elemental basado en cuatro conceptos: la insostenibilidad del actual sistema sanitario, la utilidad de separar financiación y prestación de los servicios para mejorar la eficiencia, la necesidad de introducir el copago para el acceso a los servicios, y la creencia (no demostrada) de que la gestión de la sanidad privada es mejor y más eficiente que la pública.³⁶

En nuestro ordenamiento, en el apartado primero del artículo 10 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, “Las prestaciones que

³⁵ Vide Marciano SÁNCHEZ BAYLE, Elvira S. LLOPIS Y Luis PALOMO, *Copago sanitario: ¿eficacia, eficiencia o negocio?*, Fundación 1º de Mayo, Madrid, pp. 9-10.

³⁶ Vide Marciano SÁNCHEZ BAYLE y Pablo VAAMONDE GARCIA, “Presentación”, en Pablo VAAMONDE GARCIA (Coordinado), *La salud como negocio*, Ediciones Laiovento, Santiago de Compostela, 2014, p. 25.

establece esta ley son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago. Las comunidades autónomas deberán destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Los sistemas de garantías que prevé esta ley son asimismo responsabilidad financiera de las comunidades autónomas.” Vinculando así el régimen de financiación con una cartera común, en las condiciones específicas que correspondan.

En el apartado segundo del mismo artículo, “La suficiencia para la financiación de las prestaciones y de las garantías establecidas en esta ley viene determinada por los recursos asignados a las comunidades autónomas conforme a lo establecido en la mencionada Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y de acuerdo con el principio de lealtad institucional, en los términos del artículo 2.1.e) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.”

En la actualidad, existe un aumento continuado y mantenido en el tiempo de necesidad de inversión dedicada a la atención sanitaria por parte del sector público, viene dado como hemos indicado por la cronificación de enfermedades y el envejecimiento de la población. Enfrentándose así, a unas necesidades crecientes, pero con una bajada de financiación progresiva. Esta situación requiere unas reformas de hondo calado en los distintos terrenos, político, financiero, organizativo y normativo, priorizando la sanidad y los servicios sociales en sintonía con nuestro entorno europeo orientando el modelo a la cronicidad y conciliando la estabilidad normativa necesaria para el sector empresarial con la adecuación del ordenamiento jurídico a las necesidades actuales.³⁷

“El presupuesto destinado a sanidad de las Comunidades Autónomas ha pasado de 57.360 millones de euros, en el año 2011, a 53.052 millones de euros, en 2014. Lo preocupante es que esta importante minoración de recursos económicos produce efectos no sólo hacia los usuarios y pacientes, sino también hacia las empresas, poniendo en peligro la calidad asistencial pública, la viabilidad de los agentes privados y sus consecuentes inversiones en I+D+i y generación de empleo.

³⁷ Vide COMISION DE SANIDAD, ASUNTOS SOCIALES E IGUAL DE CEOE, *El libro blanco de la sanidad*, p. 14.

El presupuesto público de atención a la Sanidad para el año 2015 es de algo más de 53.000 millones de euros, con una repercusión por ciudadano de unos 1.200 euros. En 2013, la cifra era de 61.710 millones. Para 2015, su peso en el PIB se estima en un 5,3 %, habiendo sido del 5,9 % en 2013, 1.309 euros por habitante. El descenso del valor de la aportación económica del sector público es continuado y muy importante. En 2009 suponía 70.579 millones de euros y el 6,5 % del PIB.

Es difícil encontrar otros ejemplos de mayor eficiencia en la gestión de los recursos públicos ya que, países como Estados Unidos y los principales de nuestro entorno europeo cuentan con un PIB dedicado a la Sanidad muy superior y tienen altas tasas de ciudadanos sin asistencia a diferencia del SNS español, caracterizado por la universalización de las prestaciones.”³⁸

Debemos distinguir entre sostenibilidad y solvencia, se entiende por sostenibilidad la capacidad que tendrá el Sistema Nacional de Salud a la hora de afrontar los nuevos retos y la solvencia, es una cualidad financiera. Los retos que se nos plantean debemos resolverlos desde la sostenibilidad y no desde la solvencia. Se plantean únicamente tres opciones: aumentar ingresos destinado a salud, reconfigurar la cartera de servicios, reducción de la demanda y racionalización global del gasto.³⁹

En el año 2006, un usuario español acudía 8 veces más al año que el promedio de la UE-15, un 40% más, además, 1 de cada 3 visitas se pueden considerar no necesaria terapéuticamente, entre el 30 y el 80 por cien de la asistencia en urgencia no se correspondía tal consideración, más de 80 millones de visitas se podrían canalizar por otras vías menos costosas, por último, el gasto farmacéutico es un 40 por cien más elevado que en países de nuestro entorno como Dinamarca o Portugal y el 70 por cien de la recetas estaban destinadas al 20 por cien de la población. Por ello una de las medidas para la sostenibilidad es la receta por principio activo o como se conoce genérico, que con la STS de 24 de febrero de 2015 en su Fundamento CUARTO dice: “La conclusión que debe extraerse de todo ello es que la carta de la Directora de Farmacia de 2 de junio de 2010- al igual que los actos administrativos que la confirman- no afecta a derechos o intereses

³⁸ Vide COMISION DE SANIDAD, ASUNTOS SOCIALES E IGUAL DE CEOE, *El libro blanco de la sanidad*, p. 15.

³⁹ Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, COMARES, Granada, 2015, p. 37.

legítimos de terceras personas, sino que es una mera instrucción u orden de servicio tal como atinadamente afirma la sentencia impugnada. Más aun, la mencionada carta no recoge ninguna autentica innovación normativa con respecto al art. 85 de la Ley 29/2006, limitándose a darle cumplimiento con respecto a determinados medicamentos. Al no introducir ninguna nueva norma, ni siquiera de detalle o desarrollo, no cabe afirmar que se trate de un reglamento.”

Por otro lado, la aplicación del Real Decreto 16/2012 exige la implementación de técnicas, tecnología y procedimientos adicionales, pero para llevarlo a cabo requiere unos recursos adicionales y esta es una de las claves de ineficiencia. Además de esta, encontramos: falta de asignación finalista de fondos y subfinanciación del sistema, gestión politizada, escasez de camas de media y larga estancia y atención sociosanitaria, marginación de la atención primaria de salud, privatización e integración de las actuaciones del SNS.⁴⁰

La gestión politizada provoca que los gestores no cuenten con la formación ni conocimientos necesarios para el cargo, esto da lugar a la desconfianza de los profesionales, desmotivación y falta de colaboración, todo ello es necesario para que el SNS funcione de una forma correcta, eficiente y preste buen servicio.

Como hemos dicho, la falta de camas de media y larga estancia dan lugar a otros problemas, el 70 por cien del gasto sanitario es destinado a los enfermos crónicos, sumado a que más del 20 por cien de los enfermos crónicos terminan en hospitales de agudos, cuando podrían ser atendidos en hospitales con camas para estancias medias y largas o centros sociosanitarios. Algunas fuentes dicen que la cama de agudos es unas 6 veces más costoso que una cama de media y larga estancia que son las necesarias para enfermos crónicos. En 2005 en España hubo pocos más de 25.000 enfermos agudos y 4 millones de enfermos crónicos. Las camas para crónicos suponen el 0,1 por cada mil habitantes, para agudos 2,27. La consecuencia es un gasto innecesario que provoca que no se pueda destinar estos fondos a otras patologías de mayor complejidad que requieren unos recursos más altos.⁴¹

⁴⁰ Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, COMARES, Granada, 2015, p. 38.

⁴¹ Vide FEDERACION DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PUBLICA, *La sostenibilidad del sistema sanitario público, 12 propuestas para garantizarla, 2011*, p. 12.

“En cuanto al gasto en atención primaria, su peso relativo supera el 15 por 100 en 6 comunidades, entre las que destaca Andalucía, con un 18,1 por 100, mientras que Murcia y La Rioja se sitúan en el otro extremo, con porcentajes que no superan el 11 por 100. En todas las comunidades, excepto en Navarra, Murcia y Asturias, el aumento anual promedio en el quinquenio de referencia ha sido superior al del PIB, y en siete de ellas ha sobrepasado el 10 por 100, entre las que se encuentran las cuatro comunidades con mayor volumen de gasto y población: Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía. No obstante, y a pesar de ser potencialmente capaz de resolver la mayor parte de las demandas de atención sanitaria con el consiguiente ahorro de gasto para el sistema, la atención primaria sigue estando infradotada, un desequilibrio que habría que corregir de manera decidida.”⁴²

Según el Informe 937 del Tribunal de Cuentas, Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social, en España residían 453.349 personas a 15 de junio de 2010 procedentes de estados del Espacio Económico Europeo, Suiza y alguno de los siete Estados con los que España tiene convenio, tomando el global del ejercicio 2009 para los miembros de la familia de un trabajador, que fue 82,99 euros al mes, da una cifra de 451.481.202,12 euros anuales. Esta es la cantidad estimada que los extranjeros residentes en España han generado como gasto al SNS cuando no en todos los casos cumplían los requisitos legales de acceso por ser personas que carecen de recursos económicos suficientes o que están cubiertos por el sistema de su estado de origen, por ello el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria deben realizar o tomar las medidas que estimen oportunas para validar los exigidos por la normativa aplicable.

⁴² Vide CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL, Informe de desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el Sistema Sanitario, 2010, p. 139.
<http://www.ces.es/documents/10180/18510/Inf0110>

5. Ámbito estructural

La búsqueda de un modelo de gestión que sea eficaz y sostenible para la SNS es un anhelo del que mucho se ha hablado. En los últimos años han convivido modelos de gestión directa, con la personificación instrumentales más variadas (organismos autónomos y públicos, entidad gestora, fundación pública sanitaria), personificaciones privadas (sociedades, empresas públicas, etc.) pasando por formulas concertadas y por fórmulas de gestión público-privada.

La colaboración entre lo público y lo privado en la construcción de infraestructuras sanitarias es constatable. Esta fórmula es propicia para que las empresas privadas puedan construir esas infraestructuras que darán un servicio público, pero sin que sume en el déficit público del estado, de este modo se puede alcanzar el objetito de déficit público con el que se ha comprometido el estado con Bruselas. Esta fórmula puede alzarse en interés cuando las condiciones de petición de préstamos para las administraciones públicas no son favorables y tienen que realizar o construir por necesidad social la infraestructura en cuestión. Además, si la construcción finalmente no es rentable desde un punto de vista económico o social, al tratarse de un servicio público, la empresa se asegura el rescate por parte del Estado, pero esta solución agravaría más las consecuencias negativas.⁴³

La sentencia del tribunal constitucional de 30 de abril de 2015 habla sobre la búsqueda de un modelo sanitario idóneo para los hospitales de Madrid, cincuenta y siete senadores del Grupo Parlamentario socialista interponen este recurso de inconstitucionalidad contra los artículos 62 y 63 de la Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid, para facilitar el análisis la sentencia expone literalmente los artículos citados:

“Artículo 62. Reordenación de la asistencia sanitaria en los Hospitales Infanta Cristina, Infanta Sofía, Infanta Leonor, Sureste, Henares y Tajo.

⁴³ Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, COMARES, Granada, 2015, p. 44.

1. De acuerdo con lo que establece el artículo único de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, se habilita al Servicio Madrileño de Salud para adjudicar contratos para la gestión del servicio público de asistencia sanitaria especializada en los Hospitales Infanta Cristina, Infanta Sofía, Infanta Leonor, Sureste, Henares y Tajo, que garantizarán los adecuados niveles de calidad, atención y derechos de los usuarios.

2. La Unidad Técnica de Control de los servicios de explotación de las obras públicas de los Hospitales de la Comunidad de Madrid indicados, creada por Orden 2073/2007, del Consejero de Sanidad, de 12 de septiembre, realizará las funciones de vigilancia, seguimiento y control de la ejecución de los nuevos contratos.

3. Se habilita al Servicio Madrileño de Salud para dictar las instrucciones de funcionamiento que sean necesarias para garantizar la correcta prestación y niveles de calidad de los servicios, a cuyos efectos podrá establecer los órganos y procedimientos de coordinación oportunos o asignar a cada sociedad las funciones que a estos efectos resulten adecuadas.

Artículo 63. Modificación parcial de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid Se modifica el artículo 88 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 88. Organización y gestión

1. Los centros y establecimientos que integran el Servicio Madrileño de Salud se podrán configurar como instituciones sanitarias del citado ente sin personalidad jurídica propia, o bien como entidades sanitarias dependientes del mismo, de titularidad pública y con personalidad jurídica propia. En este caso, las mismas podrán adoptar cualquiera de las figuras organizativas previstas en el ordenamiento jurídico y su creación se realizará mediante Decreto del Consejo de Gobierno.

2. Cuando la gestión de los centros de atención primaria se realice por cualquiera de las formas de gestión indirecta previstas en el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, podrá ofrecerse la gestión de los centros preferentemente a las sociedades de profesionales con personalidad jurídica propia, que estén constituidas total o mayoritariamente por los

profesionales sanitarios que presten sus servicios en el Servicio Madrileño de Salud, con la finalidad de promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público madrileño. Establecida la preferencia, en caso de que la gestión de los centros no se asigne a cualquiera de las sociedades de profesionales creadas al efecto, podrán concurrir para su gestión el resto de personas físicas o jurídicas legalmente constituidas.

3. El Consejo de Gobierno mediante decreto, determinará los requisitos necesarios para acreditar las sociedades profesionales a que se refiere el apartado anterior.

4. El Consejo de Gobierno mediante decreto podrá definir el estatuto jurídico que dé cobertura a la autonomía económica, financiera y de gestión de los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud.

5. Los centros y establecimientos que integran el Servicio Madrileño de Salud deberán contar con un sistema integral de gestión que permita de acuerdo con su planificación estratégica, implantar técnicas de dirección por objetivos, sistemas de control de gestión orientados a los resultados y sistemas de estándares de servicios, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen en los costes y la calidad de la asistencia.

6. De acuerdo con lo que se establezca reglamentariamente, los centros y establecimientos deberán confeccionar y remitir al Servicio Madrileño de Salud periódicamente, cuanta información sanitaria y económica le sea requerida”

La resolución del tribunal fue: “estimar parcialmente el recurso de inconstitucionalidad y, en su consecuencia, declarar inconstitucional y nulo el artículo 88.2 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid, en la redacción dada por el artículo 63 de la Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid.”

A pesar del mandato del artículo 103 de nuestra constitución que obliga a la Administración a ser eficaz, la improvisación es el pan de cada día de la sanidad, cuando es esta poco aconsejable, por tanto, la búsqueda de un modelo que dé solución a los problemas y que permita alcanzar los objetivos propuestos sigue vigente.

“El temor derivado de la sostenibilidad del SNS debe ser conjurado no solamente por soluciones de carácter financiero, sino principalmente por iniciativas estructurales, que impliquen una renovación de las formas de organización y gestión, con la diana puesta en el factor humano. La nueva gestión de profesionales debe incluir conocimientos, cultura, liderazgo y, por supuesto, incentivos, no solamente externos, sino sobre todo internos.”⁴⁴ Debemos tener en cuenta que los servicios son prestados por profesionales que requieren de ciertos factores para mejorar la calidad del servicio y ayude a lograr una mejora en sostenibilidad desde este punto.

En dicha sentencia, en su Fundamento Jurídico Cuatro expone: “Finalmente, defiende que el art. 63 de la Ley 8/2012 no vulnera los arts. 43 y 149.1.16 CE. El precepto legal impugnado no afecta a las formas de gestión de los hospitales sino a las correspondientes a los centros de atención primaria y los argumentos sobre la ineficacia económica de la gestión indirecta no pueden ser objeto de un recurso de inconstitucionalidad.

En cuanto al derecho a la protección de la salud, corresponde a los poderes públicos garantizarla, pero los arts. 41 y 43 CE no imponen un determinado modelo de gestión de las prestaciones públicas concernidas. Como declaró la [STC 37/1994](#), de 10 de febrero, el carácter público del sistema de Seguridad Social no queda cuestionado por la incidencia en él de fórmulas de gestión o responsabilidades privadas, de importancia relativa en el conjunto de la acción protectora de aquel. El hecho de que determinados centros sanitarios no sean gestionados directamente por la Administración no hace de peor condición a los ciudadanos en ellos atendidos, en particular porque la norma cuestionada no establece ninguna limitación o diferencia en el acceso a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que viene recogida en el art. 8 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Por ello insiste en que la norma recurrida no innova la legislación básica estatal en materia sanitaria sino que se limita a recoger para la atención primaria y el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid las previsiones generales que aquella ya contenía para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.”

⁴⁴ *Vide* Francisco J. RUBIA VILA (Coordinador), “Libro blanco sobre el Sistema Sanitario Español”, Academia Europea de Ciencias y Artes España, Madrid, 2011, p. 105.

6. Sostenibilidad social

Según la OMS los sistemas basados en prepago como impuestos o seguros, dispersa el riesgo en la población y ayudan a garantizar que las personas puedan utilizar los servicios sin temor a arruinarse. En este estudio, de los 89 países de los que se tiene datos, en 36 países los pagos directos representan más del 50% del gasto total en salud.⁴⁵

En la actualidad, encontramos una distancia entre la legislación vigente y la realidad, para llevar a cabo una solución a este problema y hacer una realidad la legislación se requiere un compromiso económico para asegurar la viabilidad y la sostenibilidad al sistema sanitario.⁴⁶

Por otro lado, es necesario y conveniente la integración de los servicios sociales y sanitarios.⁴⁷ Debido a que los futuros retos del sistema son el envejecimiento de la población y el cambio de patrón de morbilidad. Según datos demográficos es previsible que en una década el 20 por cien de la población sea mayor de 65 años, teniendo en cuenta que el gasto de esta población es entre un 2,85 y un 2,95 veces superior en comparación con persona de menor edad y que en la próxima década se estima que el 60 por cien de los ciudadanos padezca alguna enfermedad crónica, en la actualidad el 70 por cien de los recursos se dedican a enfermos crónicos, es presumible el aumento del gasto sanitario.⁴⁸

Es necesario el establecimiento de una cartera de servicios, para avanzar en la equidad y transparencia de los derechos de los usuarios que necesitan esta atención, se debe establecer o concretar la cartera de servicios, con un objetivo que debe ser básico, una

⁴⁵ Vide MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, Los sistemas sanitarios en los países de la UE: característica e indicadores de salud 2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 18.

⁴⁶ Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, COMARES, Granada, 2015, p. 88.

⁴⁷ Vide Francisco Javier LOPEZ FERNANDEZ, *Acción social en España*, ACCI, Madrid, 2014.

⁴⁸ Vide Javier Jorge VAZQUEZ y Ricardo REIER FORRADELLAS, “La sanidad publica en España: crisis económica y reformas”, *La gran recesión y sus salidas (Actas del I Congreso de Economía y Libertad)*, Servicio de Publicaciones de la Universidad Católica de Ávila, 2013, p. 518.

mejora en el estado de salud y de autonomía, facilitando su permanencia en su ámbito social mejorando la calidad de vida del usuario y de los cuidadores en su caso.⁴⁹

España tiene un nivel elevado de riqueza, pero su gasto público social es el 74 por cien del gasto promedio en la UE-15, si fuera del 94 por cien su gasto sería de 66.000 millones más. Este gasto no se puede realizar ya que no se recauda, por tanto, tenemos que cubrir el déficit de financiación del estado de bienestar. Esa falta de recaudación se debe al enorme poder de las clases más pudientes del país, que no contribuyen al estado del mismo nivel que las clases pudientes de los países de la UE-15. Este es un gran problema del que no se habla en los medios de comunicación de masas debido al gran poder, presión e influencia que ejercen las clases pudientes, por ello, las rentas de trabajo aportan más a las arcas públicas que las rentas del capital.⁵⁰

En 1984 el economista estadounidense Victor Fuchs que la relación de gasto y la edad estaba contaminada por la proporción de individuos que se encuentre en el último año de su vida, que es en este momento donde si aumenta el coste. Por tanto, el gasto se concentra en la edad de los fallecidos. Existe factores que ayudan a la reducción y matización de este impacto, en concreto dos, la diferencia en el coste individual viene explicado por su cercanía con el fallecimiento y no con la edad cronológica, el segundo, si la esperanza de vida o mejor salud que las generaciones anteriores (compresión de morbilidad) o por el contrario, tienen igual o peor salud (expansión de la morbilidad).⁵¹

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, publicada en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas de 18 de diciembre, tiene como objetivo proteger los derechos fundamentales, teniendo en cuenta la evolución a nivel social, el progreso de la sociedad y los avances en materia científica y tecnológica. En España, encontramos el artículo 43 de la CE, los artículos 10 y 11 de la LGS que versan sobre derechos y obligaciones respectivamente y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora

⁴⁹ Vide COMISION DE SANIDAD, ASUNTOS SOCIALES E IGUAL DE CEOE, *El libro blanco de la sanidad*, p. 243.

⁵⁰ Vide Vicenc NAVARRO, "Introducción" en Pablo VAAMONDE GARCIA (Coordinador), *La salud como negocio*, Ediciones Laiovento, Santiago de Compostela, 2014, p. 14.

⁵¹ Vide Francisco J. RUBIA VILA (Coordinador), "Libro blanco sobre el Sistema Sanitario Español", Academia Europea de Ciencias y Artes España, Madrid, 2011, p. 85-86.

de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.⁵²

Sobre esta base, las características que ya presenta el usuario actual y que muy probablemente se acentúen en los próximos años, serán⁵³:

a) Personas con mayor cantidad de información previa sobre lo que constituye su demanda explícita, aunque con una calidad irregular de dicha información obtenida generalmente a través de Internet. Es evidente que las diferencias culturales y la pertenencia al medio social modularán al alta o a la baja estas características.

b) Demandantes ante el profesional de más y mejor información y reacios admitir pasivamente los argumentos científicos con comportamientos inquisitivos en las preguntas y críticos con las respuestas recibidas.

c) Abiertos a recibir explicaciones, indicaciones, consejos y prescripciones siempre que les sean fundamentadas y explicadas. Estas explicaciones o indicaciones serán aceptadas tanto más cuanto estén expresadas en un lenguaje comprensible.

d) Con un claro aumento de la importancia concedida a una serie de valores básicos, que no son nuevos pero que adquirirán mayor relevancia. Fundamentalmente pueden mencionarse dos: i) accesibilidad (manifestada en la inmediatez de la respuesta del sistema sanitario, la puntualidad de la misma y la minimización/eliminación de las barreras de tiempo y espacio, burocráticas y económicas, en su caso; ii) calidad de los cuidados, entendida no sólo como la calidad científico-técnica sino también como la calidad subjetiva percibida que implica el concepto de satisfacción con la atención recibida y con las circunstancias de dicha atención.

Con el cambio de usuario tenderemos a encontrarnos y a evolucionar: de paciente a “cliente.”⁵⁴

⁵² Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, Comares, Granada, 2015, p. 91 y 92.

⁵³ Vide Francisco J. RUBIA VILA (Coordinador), “Libro blanco sobre el Sistema Sanitario Español”, Academia Europea de Ciencias y Artes España, Madrid, 2011, p. 100-101.

⁵⁴ Vide Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, Comares, Granada, 2015, p. 92.

Para lograr la sostenibilidad social de derecho a la sanidad, desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, La Carta Social Europea o el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desde un ámbito internacional o ya en ámbito estatal los artículos 10 y 135 de la CE entre otros, tratan de asegurar que el derecho a la sanidad sea una realidad, con el fin de conseguir que sea sostenible a todos los niveles, económicos y social.

“Los pagos directos tienen graves repercusiones en la salud. Tener que pagar en el momento en el que un paciente es atendido disuade a la gente de utilizar los servicios (en particular, la promoción y la prevención sanitaria) y hace que aplacen los controles sanitarios. Esto significa que no reciben un tratamiento temprano, cuando las expectativas de curación son mayores. Se ha estimado que un elevado porcentaje de los 1,3 mil millones de pobres que hay en el mundo no tiene acceso a los servicios sanitarios, simplemente porque no puede pagarlos en el momento en que los necesita. Como están demasiado enfermos para trabajar, corren el riesgo de verse arrastrados a la pobreza, o hundirse más aún en ella⁵⁵. Y continúa exponiendo: El avance hacia la cobertura universal depende de la recaudación de fondos adecuados que procedan de un conjunto de personas suficientemente amplio, con el apoyo, en caso necesario, de los donantes y los ingresos de las administraciones públicas, y del empleo de estos fondos en los servicios que necesite la población. Cuanta más gente comparta el riesgo financiero de esta forma, menor será el riesgo financiero al que estará expuesta cada persona. En general, cuanto mayor sea el fondo mancomunado, mejor será su capacidad para hacer frente a los riesgos financieros. Siguiendo la misma línea de razonamiento, los fondos mancomunados compuestos por sólo unos pocos participantes tienden a experimentar lo que los expertos denominan «fluctuaciones extremas de la utilización y la demanda»⁵⁶”

En el mismo informe, expone como ejemplo a China, hablando en los siguientes términos: “Numerosos países están reformando la manera de financiar la atención sanitaria, a medida que avanzan hacia la cobertura universal, entre ellos, dos de las economías mundiales más importantes, China y los Estados Unidos de América. El Gobierno chino

⁵⁵ Vide OMS, “Informe sobre la Salud en el Mundo”, *LA FINANCIACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD: El camino hacia la cobertura universal*, 2010, p. 5.

⁵⁶ Vide *Wading through medical insurance pools: a primer*. The American Academy of Actuaries, 2006, http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf

anunció en abril de 2009 sus planes para ofrecer servicios sanitarios «seguros, eficaces, apropiados y asequibles» a todos los residentes urbanos y rurales en 2020.⁵⁷ Si éstos se cumplen en su totalidad, la reforma acabará con los mecanismos sanitarios basados en el mercado introducidos en 1978. El gobierno había ofrecido previamente a la población unos servicios sanitarios básicos, aunque esencialmente gratuitos. Pero el nuevo enfoque basado en el mercado tuvo como consecuencia un aumento importante de los pagos directos (desde poco más del 20% del gasto sanitario total en 1980 al 60% en 2000), haciendo que mucha gente tuviera que enfrentarse a gastos sanitarios catastróficos. El nuevo enfoque también implicó que los hospitales tuvieran que sobrevivir a partir de los pagos de los pacientes, lo que presionó a los médicos a prescribir medicamentos y tratamientos en base a su potencial de generación de ingresos, en lugar de por su eficacia clínica.”

Por último, el mismo informa de la OMS: “Para preparar la senda hacia la cobertura universal, hay tres puntos que no han de olvidarse:

1. Los sistemas sanitarios son «sistemas complejos adaptables», en los que las relaciones no son predecibles y sus componentes interactúan de maneras inesperadas. Los participantes del sistema necesitan aprender y adaptarse constantemente a pesar, a menudo, de su resistencia al cambio.⁵⁸ Aunque ofrecemos varias vías para la cobertura universal, los países tendrán que esperar lo inesperado.

2. La planificación de una carrera hacia la cobertura universal requiere que los países evalúen primero su situación actual. ¿Existe un compromiso político y comunitario suficiente para lograr y mantener la cobertura universal de la salud? Esta pregunta tendrá diferentes significados en función del contexto, pero eliminará las actitudes predominantes respecto a la solidaridad social y la autosuficiencia. Para crear una cobertura sanitaria universal se requiere un cierto grado de solidaridad social, puesto que cualquier sistema eficaz de protección financiera para toda la población se basa en la disposición de los ricos para subvencionar a los pobres, y la de los sanos para subvencionar a los enfermos. Investigaciones recientes sugieren que la mayoría de las

⁵⁷ Meng QINGYUE and Tang SHENGLAN, Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities. World health report, 2010, background paper, no. 7. http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en

⁵⁸ Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results. Washington, DC, The World Bank, 2007.

sociedades, si no todas, tienen un concepto de solidaridad social cuando se trata del acceso a los servicios de salud y a los costes de la asistencia sanitaria, aunque la naturaleza y el alcance de estos sentimientos varían según el entorno.⁵⁹ Dicho de otra manera, toda sociedad tiene una noción de justicia social que pone un límite al nivel de desigualdad aceptable.⁶⁰

3. Entonces, los responsables políticos tienen que decidir qué porcentaje de los costes provendrán de los fondos mancomunados a largo plazo y cómo equilibrar las ventajas y desventajas inevitables de su uso, la interrelación entre los porcentajes de población, los servicios y los gastos que se puedan cubrir. En el caso de los países que se enfoquen en mantener los logros que tanto costaron conseguir, serán cruciales la vigilancia y el ajuste continuos para hacer frente a la rápida evolución de las tecnologías y al cambio de las viejas estructuras y los patrones de las enfermedades. Los siguientes tres capítulos presentan formas prácticas de:

- i. recaudar más fondos para la salud cuando sea necesario, o mantener la financiación frente a necesidades y exigencias a encarar;
- ii. establecer o mantener un nivel adecuado de protección del riesgo financiero para que la gente que necesite los servicios no deje de acudir a ellos no estén sujetos a gastos catastróficos o al empobrecimiento al hacerlo;
- iii. mejorar la eficiencia y la equidad del empleo de los fondos, garantizando de manera eficaz que los fondos disponibles estén más orientados hacia la consecución del objetivo de cobertura sanitaria universal.”

Desde el punto de vista social, hay que hablar sobre la prevención de las enfermedades. Al respecto en España podemos hablar que las principales fuentes de dolencias que pueden ser prevenidas son: Tabaco, alcohol, sobrepeso y obesidad y baja actividad física. El primero constituye la principal causa de muerte evitable; y el segundo y el tercero han

⁵⁹ 9 Chris JAMES & William SAVEDOFF, Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity. World health report 2010 background paper, no. 5 http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en

⁶⁰ Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post 2010 <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>

demostrado un importante papel en el aumento del riesgo cardiovascular y en el desarrollo de enfermedades crónicas que se presentan como una importante fuente de morbilidad a largo plazo.⁶¹

Los datos de España sobre el consumo de tabaco, alcohol, obesidad y sobrepeso y actividad física son los siguientes⁶²:

“El consumo de tabaco en nuestro país ha sufrido una progresiva caída a lo largo de los últimos años, pasando de 31,7% en 2001 al 24% en 2011. Las personas mayores de 15 años que declaran haber fumado a diario., son el 27,9% de hombres y el 20,2% de mujeres, según la última Encuesta Nacional de salud de España (ENSE).”

Respecto al consumo de alcohol “según la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), en el año 2011, el 65,6% de los españoles mayores de 15 años declara haber bebido alcohol en los últimos doce meses (77,5% en hombres y 54,3% en mujeres). También cabe destacar que esta conducta es declarada por el 67,3% de los jóvenes entre 15 y 24 años. Según los datos de la última ENSE, la edad media de inicio del consumo de bebidas alcohólicas de manera regular es de 17,8 años (hombres 17,1 y mujeres 18,8).”

Respecto al sobrepeso y obesidad “los datos según la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), en el año 2011, un 53,7% de la población adulta presenta un peso inadecuadamente alto, el 36,7% registra sobrepeso (IMC 25-30) y el 17% es obesa (IMC > 30).”

Respecto a la actividad física “según grupos de edad, en España, entre los 15 y 44 años más de la mitad de la población realiza 30 minutos de actividad física moderada o intensa de forma habitual (de 15 a 24 un 52,5%, de 25 a 34 años un 54,1% y de 35 a 44 años un 52,6%), siendo a partir de los 45 años cuando el porcentaje disminuye progresivamente.”

⁶¹ Vide Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Los sistemas sanitarios en los países de la UE”, *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*, 2013, p. 36 https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

⁶² Vide Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Los sistemas sanitarios en los países de la UE”, *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*, 2013, pp. 36-41. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf.

7. Modelos de gestión

El preámbulo 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, dice lo siguiente: “son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes”. Este ahorro lo pone en duda los Autos 239/2010, de 12 de abril, y 114/2014, de 8 de abril, el Tribunal Constitucional, dirigidos a levantar la suspensión a la normativa vasca y navarra que desarrollaban y ampliaban la normativa nacional.

Para lograr un Sistema Nacional de Salud que sea como hemos dicho, eficiente y que sea sostenible requiere encontrar un modelo de gestión. De ahí que sea de interés examinar como nuestro ordenamiento trata la gestión de los servicios públicos sanitarios. El debate se plantea a dos niveles, por un lado, los que defiende la gestión directa o indirecta del SNS por parte de la Administración, por otro lado, dentro de los defensores de la gestión directa, ya que esta gestión directa se puede ejercer de muy distintos niveles, creando un nuevo espacio de debate.⁶³

La gestión directa se da cuando la propia Administración titular, con sus medios y recursos, gestiona el servicio público. La gestión indirecta, por el contrario, interviene un particular en la gestión de los servicios públicos, pero no por ello la Administración pierde la titularidad. La administración debe de garantizar que, a pesar del tipo de gestión, ya sea directa o indirecta, los usuarios recibirán una idéntica atención, en calidad del servicio, continuidad, precio, etc. La amplia discrecionalidad a la hora de elegir modelo de gestión con la que cuenta la Administración provoca que pueda optar por cualquiera, ya que la Administración cuenta con potestad auto organizativa de carácter discrecional, que ella misma se atribuye y esto no puede provocar una merma en las condiciones a la

⁶³ Vide María ZAMBONINO PULITO, “La gestión directa de los servicios sanitarios”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el siglo XIX*, Comares, Granada, 2015, p. 123.

hora de prestar el servicio.⁶⁴ Independientemente del modelo de gestión por el que opte la Administración, el servicio no pierde su carácter público tal y como indica la STC 37/1994, de 10 de febrero, que establece: “el carácter público del sistema de Seguridad Social no queda cuestionado por la incidencia en el de fórmulas de gestión o responsabilidad privadas.”

Por otro lado, el propio ordenamiento jurídico sanitario posibilita los dos modelos de gestión, al principio existía una preferencia por la gestión directa como lo demuestra el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud.⁶⁵

El Tribunal Supremo en la STS de 20 de diciembre de 2005, flexibiliza la tendencia o la preferencia por el modelo de gestión directa y entiende que la Constitución no afirma dicha preferencia por un modelo de gestión en concreto, si no que da cabida a la existencia de los dos modelos, tanto de gestión directa como gestión indirecta. Además, la STC de 30 de abril de 2015 confirma la potestad de la Administración de optar por uno u otro sistema de gestión sanitaria.

En la gestión sanitaria entra también un debate ideológico, donde algunos defiende la gestión pública y otros la gestión privada, utilizando de forma técnicamente incorrecta el término “privatización”, debido a que la condición pública del servicio no se pierde por su gestión directa o indirecta, se mantiene independientemente. La entrada de un particular a la gestión es lo que determina el uso del término. La gestión sanitaria puede ser centralizada o descentralizada, la primera es cuando no se crea una estructura interpuesta y la segunda, cuando se crea una entidad que gestiona el servicio.

En la gestión descentralizada podemos encontrar que esta entidad o estructura se puede constituir de tres formas: 1. Entidades jurídico-pública sometidas al Derecho Público, 2. Entidades jurídico-públicas sometidas al Derecho Privado y 3. Entidades jurídico-privadas sometidas al Derecho Privado. Cuando se habla de privatización se hace referencia a los supuestos 2 y 3, donde las entidades están sometidas al derecho privado o directamente son entidades privadas.

⁶⁴ *Ídem*, p. 129.

⁶⁵ *Ídem*, p.p. 129-130.

Para tratar de apoyar la gestión indirecta se argumenta que con este método la Administración no tiene que hacer frente a los costes que acarrea de poner en marcha el servicio y tampoco de los riesgos económicos del mismo. Por su parte, para apoyar la gestión directa descentralizada se basan en la mayor autonomía, y si además se utiliza el Derecho privado, flexibiliza, eficiencia y eficacia del sistema. Para apoyar la sanidad pública se esgrime el Estado social sus bases y la equidad.

En las últimas dos décadas, se ha ensayado con especial intensidad la fórmula de la gestión directa descentralizada y descentralizada, buscando una mejora eficacia y flexibilidad en la gestión con la primera y un menor coste para los poderes públicos con la segunda. Existe gran variedad entre las distintas Comunidades Autónomas, pero no existen datos o evaluación con las podamos sacar unas conclusiones claras y certeras de los pros y contras de cada sistema de gestión.⁶⁶

Existe los Modelos de Gestión de la Salud Electrónica, “hay dos modelos clásicos de historia clínica: cronológico y orientado a problemas, dependiendo de cómo se ordene el registro. La aplicación de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) a la historia clínica (HC) y por extensión a la historia de salud (HS), hacen posible una plasticidad de la HC que supera los modelos antes mencionados. El concepto “modelo de historia” debe ser reemplazado por: recogida de datos y presentación de datos. La recogida estará condicionada por los datos, su origen y método de recogida que puede ser:

- Personal: los datos los genera o transforma una persona. Puede ser directo e indirecto y ambos a su vez en forma de lenguaje natural, estructurado o mixto.
- No personal: los datos se generan en una máquina o dispositivo. La persona sólo valida los datos. También se denomina de captura directa porque los resultados se vuelcan directamente al sistema. La presentación de datos, en forma de informes o de vistas, estará a su vez condicionada por los diversos ámbitos donde se utilice: servicios sanitarios, servicios sociales, salud pública, gestores, servicios administrativos y sociales.”⁶⁷

⁶⁶ *Ídem*, p. 136.

⁶⁷ *Vide* Antonio J. ALONSO TIMON, “La financiación de la salud electrónica”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *SALUD ELECTRONICA: Perspectiva y realidad*, Valencia, 2017, pp. 252-253.

No se podemos decir que existe un modelo concreto de Historia Clínica, teóricamente pueden existir tantos modelos como personas existan. La implantación de este modelo es difícil.

“La aplicación de las TIC ha supuesto la superación del concepto de “modelos de historia”, que debe ser sustituido por el de “recogida y presentación de datos.” Así, el modelo de gestión sanitaria deja de ser algo estático para convertirse en dinámico y adaptable a los diferentes contextos, además de estar en constante evolución. En USA, el 13% de los Hospitales están informatizados y el 32% están iniciando un plan de informatización. La prioridad del National Health Service Británico (NHS) es un ambicioso plan de informatización de toda su red estatal de salud a desarrollar en los próximos años. En España la informatización de la HC es irregular. Aunque existen muchos hospitales con aplicaciones de HCE, su uso en los mismos es desigual.⁶⁸”

Existen diversos motivos por lo que puede fracasar⁶⁹:

- Recursos insuficientes: ordenadores obsoletos, red de datos inadecuada o soporte técnico ineficiente.
- Inadecuación de los protocolos del sistema a las peculiaridades del trabajo de cada profesional.
- Otro hecho relevante es la gran complejidad del flujo de la atención clínica en los hospitales, en el que intervienen médicos, enfermeras, farmacéuticos, técnicos y otros profesionales trabajando de forma imbricada.
- La constante actualización de técnicas, aparición de otras nuevas y cambios de criterio en los procesos de diagnóstico y tratamiento hace que el mantenimiento de los programas sea difícil, especialmente en los programas más cerrados, en principio mejor aceptados por los profesionales porque requieren menos escritura (selección de opciones preestablecidas que van generando otras opciones), pero que tienen la desventaja de la rigidez quedando con frecuencia obsoletos en un breve periodo de tiempo. Por ello, es importante que el programa sea versátil (en el tiempo y también según los distintos cometidos profesionales), con una interfaz atractiva, cómodo y fácil de manejar.

⁶⁸ *Ídem*, p. 253.

⁶⁹ *Ídem*, p. 254.

- El factor humano, teniendo en cuenta por tal la dificultad de adaptación a la implantación del modelo de salud electrónica por parte del personal sanitario, especialmente los profesionales de mayor edad. Es innegable el hecho de la resistencia de los profesionales a un cambio tan radical.

Por su parte, las cifras actuales de la sanidad de gestión privada la encontramos en el Libro Blanco de la sanidad publicado por la CEOE, en el cual habla de la gestión dando las siguientes cifras: “El sector hospitalario privado es un importante sector productivo en nuestro país, responsable del 3,4 % del PIB español y que da empleo a 236.567 profesionales, 53.790 de ellos médicos. A pesar de esto, los sectores mantienen el conjunto de la atención sanitaria en España un peso frecuentemente infravalorado en su importancia absoluta y relativa. Cabe destacar que el número de centros de hospitalización privada supera al del sector público (59 % vs. 41 %), aunque el sector público cuenta con un mayor número de camas, factor de importancia relativa, actualmente, habida cuenta de la minoración creciente de la duración de los procesos de hospitalización. Los medios técnicos de la Medicina privada se muestran poderosos y en crecimiento continuo: cuenta con el 57 % de la tecnología de Resonancia Magnética (RM) y el 49 % de la de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y el 36 % de los Tomografía Axial Computarizada (TAC). La aceptación del proveedor privado de servicios sanitarios es muy alta, pues el 81 % de sus usuarios lo califican por encima del notable. Esta buena percepción de la sanidad privada es fruto de la constante apuesta de los centros privados por la calidad y la mejora continua de sus servicios. Además, la sanidad privada valora enormemente la formación y la especialización, lo que también se refleja en el número de hospitales privados que poseen rango de “universitarios”, actualmente 13.

La evolución de la facturación de las clínicas y hospitales privados motiva sentimientos más positivos que negativos en sus responsables, con las siguientes matizaciones. Un 27 % piensa que mantendrán su facturación en términos iguales o muy parecidos en el próximo año, un 23 % prevé un crecimiento superior al 5 %. Por el contrario, un 17 % estima que su facturación se verá minorada el próximo año en más del 5 %, el 7 % de los establecimientos y en menos del 5 %, el 10 % de los establecimientos. En relación al conjunto de estrategias de crecimiento que se implementarán por las clínicas privadas en los próximos años, es posible destacar lo siguiente: las actividades con mayor representación son el incremento y

diferenciación de la cartera de servicios (62 %), la reducción de costes (60%) así como el desarrollo y potenciación de acciones de marketing (56 %). La mayoría de las clínicas privadas tienen concierto con el Sistema Público, si bien ese porcentaje ha disminuido del 70 %, en 2013, al 58 %, en 2015. En el 64 % de las clínicas encuestadas, menos del 15 % de su facturación proviene de la actividad estrictamente privada, siendo los encuestados que reciben un importe, entre el 5 % y el 10 %, el grupo mayoritario (26 %). El 34 % restante recibe un importe superior al 15 % de su facturación por parte de la actividad estrictamente privada. La existencia de deuda por parte de las Administraciones sanitarias al sector privado de clínicas y hospitales es un hecho, si bien muy diversificado en su cuantía dependiendo del caso particular de cada establecimiento. Las cuantías adeudadas, no obstante, son muy importantes y así a más del 12% de aquellos, se le adeudan cantidades superiores al millón de euros. Las empresas del año 2015 a las que se les debe menos de 500.000 representan el 82 % del total, frente al 80 % de clínicas privadas que se encontraban en esta situación el año pasado. Tan sólo un 17 % tiene deudas superiores a 500.000 euros en 2015, frente al 19 % del 2014. El 8 % de las clínicas privadas entrevistadas tiene un plazo medio de pago de la Administración dentro del plazo legal (30 días), cifra que se ha visto ligeramente incrementada respecto del año anterior (5 %). Del 92 % restante, el 53 % de las clínicas privadas tienen un pago medio de facturas entre 1 y 3 meses, cifra que se ha visto ligeramente reducida respecto al año anterior (59 %), mientras que el 39 % de las clínicas privadas tienen un pago medio de facturas superior 3 meses, frente al 36 % del año 2014.”

8. Contención del gasto farmacéutico

El medicamento, no se trata de un producto más de consumo, que se encuentre sujeto a las leyes del mercado, sino que es un bien de carácter sanitario y que es objeto de intervención por el Estado. Podemos enmarcar la intervención de la administración en el medicamento en dos bloques en base a su finalidad: intervención de orden público sanitario, donde se enmarca esta contribución que busca asegurar la calidad y seguridad del producto, e intervención de orden público, que tiende a garantizar el acceso a los medicamentos.⁷⁰

La intervención de la Administración y administrativa que sufre el medicamento en sus distintas fases: investigación, experimentación, patente, fabricación, promoción, comercialización, utilización y seguimiento, así como su financiación pública, se debe a como establece la Sala Tercera del Tribunal Supremo en su Sentencia de 5 de noviembre de 1999: no es asumible como punto de partida que las especialidades farmacéuticas de uso humano sean un mero producto comercial sujeto al juego de la oferta y la demanda (...). Por el contrario, se singulariza por su significado sanitario, lo que otorga especiales títulos de intervención a los poderes públicos.

A pesar de encontrarse por separado, la intervención administrativa se realiza desde dos ámbitos bien diferenciados: garantizar la eficacia, calidad y seguridad de los medicamentos de uso humano, y hacer efectiva la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. La administración controla los aspectos de calidad del medicamento y seguridad, que no produzcan en las condiciones normales de uso efectos tóxicos o indeseables, que sean desproporcionados con los beneficios, que son eficaces en las indicaciones terapéuticas y que están correctamente identificados y acompañados de la información precisa para su utilización (art. 10 TRLGURM⁷¹). Ya tenemos cierto bagaje en Europa al respecto con la Talidomida o la gripe A, buscando la reducción sistemática

⁷⁰ Vide Francisco Miguel BOMBILLAR SÁENZ, “Receta médica electrónica y venta de medicamentos online”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *Salud electrónica: Perspectiva y realidad*, Valencia, 2017, p.p. 212-213.

⁷¹Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE nº 177, de 25 de julio de 2015). En adelante, TRLGURM.

de riesgos asociados al producto, con la aplicación práctica del principio de precaución de riesgo.

En el periodo 2013-2014, España ha reducido su gasto farmacéutico respecto al PIB en un 3,41 por cien, sin embargo, en el periodo 2009-2014 esa reducción es de 0,77 por cien. En el año 2016 el gasto farmacéutico español supuso el 1,52 por cien del PIB.⁷² En el año 2014 el gasto farmacéutico era de 13.600 millones de euros que respecto al año de mayor gasto que es el 2010 con un montante de 16.568 millones de euros, supone una reducción del 17.7 por cien⁷³. Esto nos viene a decir que las medidas de contención del gasto farmacéutico tienen su efecto logrando una reducción del gasto farmacéutico.

El sistema inicia una profunda reforma que logra la reducción del gasto en el año 2010, a partir de un Acuerdo el 18 de marzo de 2010, del Pleno del Consejo Interterritorial del SNS. Este es un ambicioso Plan de Acciones y Medidas para promover la Calidad, la Equidad, la Cohesión y la Sostenibilidad del SNS. De este acuerdo, el Gobierno dictó el Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico del SNS. Poco después, el Gobierno dictó el Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, que contenía acciones complementarias para la reducción del gasto farmacéutico. Después vino el Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la calidad y la cohesión del SNS, que pretendía aliviar la tensión financiera de los Servicio de Salud y que redujeron nuevamente el gasto farmacéutico. Y, por último, encontramos al Real Decreto-Ley 16/2012, de 24 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, en el que su Capítulo IV establece nuevas medidas de reducción del gasto farmacéutico.

La prestación de los servicios sanitarios tiene un alcance subjetivo y objetivo de estricta delimitación legal, desde un punto de vista subjetivo, la modificación del artículo 3 de la Ley 6/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad, se limita el acceso a determinados usuarios, básicamente extranjeros que supuso la baja de 750.000 tarjetas sanitarias y por

⁷² Vide José Luis PEREZ HUERTAS (Director), *El gasto farmacéutico en España en 2016*, EAE Business School, 2016, <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2016/09/05/gasto-farmaceutico-2016.pdf>

⁷³ Vide David LARIOS RISCO, “La contención del gasto farmacéutico en el sistema nacional de salud”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el siglo XIX*, Comares, Granada, 2015, p. 262.

tanto, la reducción del gasto farmacéutico.⁷⁴ Desde un punto de vista objetivo, hablamos del contenido de la prestación farmacéutica, los servicios farmacéuticos están dentro de la cartea común suplementaria, que incluye todas las prestaciones que se realizan a través de dispensación ambulatoria y está sujeta a aportación por los usuarios.

La inclusión de nuevos medicamentos a la cartera se ha modificado a través del artículo 4.5 del Real Decreto-Ley, 16/2012, estableciendo la necesidad de resolución expresa, incluyendo las condiciones de financiación y precio en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. La relación de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS están sometidos a revisiones periódicas, se deben actualizar de acuerdo con la evolución de los criterios de uso racional, los conocimientos científicos, la aparición de nuevos medicamentos de mayor utilidad terapéutica o la detección de efectos adversos que hagan variar la relación beneficio/riesgo.⁷⁵

Los mecanismos de fijación de precios de los medicamentos y productos sanitarios varían si son medicamentos financiados o no por el Sistema público o no, o si están sujetos o no a prescripción médica. Los medicamentos financiables deben tramitar una oferta al SNS, después la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos fijará el precio, que será fijado, motivada y conforme a criterios objetivos. Existen medicamentos y productos sanitarios que no están sujetos a financiación, pero si a prescripción médica, en estos casos hablamos de precios notificados que consiste en que el laboratorio titular informe al Ministerio de Sanidad a qué precio pretende comercializar el producto para que este oponga o no objeciones de interés público.⁷⁶

Para los precios de medicamentos no financiables, el Gobierno tiene la potestad de establecer su precio por medio de un proceso objetivo y transparente.

“Para la revisión de los precios, el Consejo de Ministros, previo acuerdo con la Comisión Delegada para Asuntos Económicos, está facultado para revisar globalmente o fijar las

⁷⁴ Vide MEDICOS DEL MUNDO, *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*, Ed. Open Society Foundations- Médicos del Mundo, Madrid, 2014, p. 8.

⁷⁵ Vide David LARIOS RISCO, “La contención del gasto farmacéutico en el sistema nacional de salud”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el siglo XIX*, Comares, Granada, 2015, p. 269.

⁷⁶ *Ídem*, p. 272.

condiciones de revisión periódica de los precios de todos o parte de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS.”⁷⁷

Además de los sistemas mencionados, existe el Sistema de Precios de Referencia (SPR) y el Sistema de Precios Seleccionados (SPS). El SPR es un sistema de contratada eficacia a la hora de reducir el gasto público que consiste en establecer una cuantía máxima, excluyendo a los medicamentos que superen esta cuantía, quedando en su mayoría incluido los productos genéricos, este sistema ha sufrido varias modificaciones como son la Disposición Adicional 2.4 del Real Decreto-ley 4/2010 sometiendo la dispensación a dos criterios, cuando se prescriba un medicamento que tenga un precio igualo o inferior al de referencia no procede sustitución y el farmacéutico deberá sustituir el medicamento prescrito cuando sea de mayor coste por otro de idéntica composición cualitativa y cuantitativa en principios activos. Otras modificaciones son la Disposición Final 2º de la Ley 34/2010, de 5 de agosto, la Ley 10/2010 y el Real Decreto-ley 16/2012.

El artículo 85.4 del Real Decreto-ley establece que: “Cuando la prescripción se realice por principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento de menor precio de su agrupación homogénea y, en el caso de igualdad, el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.”

Pero de todas las medidas para la reducción del gasto farmacéutico, que más rido de tinta ha escrito es el copago. Esta medida establecía el pago por parte del usuario de una parte porcentual del precio del medicamento o producto farmacológico con unos máximos. El porcentaje que debe abonar una persona depende de su renta: para rentas mayores de 100.000 anuales es el 60 por cien, entre 18 y 100 mil euros anuales el 50 por cien, para personas que ostente condición de asegurado y no se encuentre en las condiciones anteriores, para personas jubiladas el 10 por cien.

Para las aportaciones reducidas del 10 por cien tiene un límite máximo de 2,64 euros por envase para enfermedades crónicas o graves. Otros límites son para pensionistas con una renta inferior a 18.000 euros anuales es de 8,23 euros mensuales. Existen otros límites dependiendo todos ellos de las rentas. Pero este mecanismo afecta de forma más directa y gravosa a personas que tengan unas rentas bajas y con enfermedades graves y/o crónicas debido a que los límites no operan en el momento de la dispensación, si no posteriormente, debiendo abonar el precio según el régimen general y debiendo esperar

⁷⁷ *Ídem*, p. 273.

que el órgano Administrativo competente de la Comunidad Autónoma de residencia realice el reintegro de la cantidad abonada de más.

En el apartado 8 del artículo 93 bis establece la exención de aportación para: personas perceptoras de rentas de integración social, afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica, personas perceptoras de pensiones no contributivas, parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación y los tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Ante el copago, los Gobiernos de Euskadi y de la Comunidad Foral de Navarra, que tienen amplios márgenes en el autogobierno sanitario, han establecido normas que eliminan el copago y lo establecen en el momento anterior al Real Decreto-ley, pero esto supone una desigualdad respecto al resto de territorios de la nación, por lo que el Gobierno Estatal ha recurrido estas normas y ambos gobiernos han dado marcha atrás en algunos aspectos.

Otra medida que el Gobierno de la Nación trató de implantar es el copago en la farmacia hospitalaria, pero la negativa de modo frontal a su implantación de algunas Comunidades Autónomas como Andalucía, Canarias o Asturias, entre otras, y la imposibilidad técnica alegada por otras, han hecho que el Gobierno anunciara su retirada.

“En el año 2012 el consumo de medicamentos genéricos ha supuesto el 39,74% del total de envases de medicamentos facturados. En enero de 2012 el consumo era del 38,37% y en diciembre este porcentaje se incrementó al 43,68%. En relación al importe facturado, un 18,41% corresponde a medicamentos genéricos. En el transcurso del año ha ido aumentando al haber ido creciendo el número de envases facturados.

Desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012 se observa un impulso en el crecimiento del consumo de genéricos. La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha sido creciente año a año.

En 2012 se ha superado en más de 4 veces el porcentaje de consumo en envases de genéricos frente al total de medicamentos de 2003, de un 8,85% ha crecido a un 39,74% y en el importe facturado, se ha pasado de un 6,03% del año 2003 a un 18,41% en 2012. Castilla y León (48,70%), Cataluña (44,97%), Madrid (43,72%) y Andalucía (43,53%) son las comunidades autónomas que han tenido mayor porcentaje de consumo

de envases de genéricos respecto al total de medicamentos, y con los porcentajes más bajos se encuentran Murcia (27,95%), Asturias (30,46%) y La Rioja (31,08%).”⁷⁸

En un Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS, expone la eficiencia financiera en base a la reducción y mejorando el suministro de medicamentos en los siguientes términos que reproduzco⁷⁹: “En todos los países existen oportunidades para conseguir más con los mismos recursos. Se suelen emplear medicamentos caros cuando se dispone de opciones más baratas e igualmente eficaces. En muchos países, el uso de antibióticos e inyecciones es excesivo, su almacenamiento es deficiente y se deterioran, y hay grandes variaciones en los precios que negocian las agencias de aprovisionamiento con los proveedores. La reducción de gastos innecesarios en medicamentos y el uso más adecuado de los mismos, sumados a la mejora del control de la calidad, podrían ahorrarles a los países hasta el 5% del gasto sanitario.

Los medicamentos están relacionados con tres de las causas más comunes de ineficiencia descritas en este informe. Las soluciones para las otras seis se pueden agrupar bajo los siguientes títulos:

- Sacar el máximo partido a las tecnologías y los servicios sanitarios
- Motivar al personal sanitario
- Mejorar la eficiencia hospitalaria
- Conseguir la asistencia correcta la primera vez, reduciendo los errores médicos
- Eliminar el despilfarro y la corrupción
- Evaluar críticamente cuáles son los servicios necesarios.

Hablando con cautela, cerca del 20–40% de los recursos utilizados en la salud se malgastan; unos recursos que se podrían encauzar en la dirección correcta para alcanzar la cobertura universal.”

⁷⁸ Vide Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Los sistemas sanitarios en los países de la UE”, *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*, 2013, p. 70 https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

⁷⁹ Vide OMS, “Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”, 2010, XVII. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf

9. Conclusiones

El Sistema Nacional de Salud tiene ante sí una gran cantidad de retos de diversa índole que debe hacer frente, desde el aumento del gasto por envejecimiento de la población pasando por la cronificación de algunas enfermedades, una serie de retos que debe comenzar más pronto que tarde a enfrentar. Hay que tener en cuenta que para lograr alcanzar la sostenibilidad del sistema sin una merma en la calidad del servicio de deben atajar reformar en todos los frentes que he tratado en este Trabajo de Fin de Grado, desde una perspectiva estructural, presupuestaria, de sostenibilidad, gasto farmacéutico, etc.

En los próximos años, nos encontraremos con una evolución sin precedentes en los ámbitos de la salud, con la implantación de la nanotecnología, fabricación artificial de tejidos, etc. Esto son retos científicos que afectan a la sanidad que tenemos que implantar para la mejora del sistema. Además, de las incógnitas descritas y más generales, se nos plantean nuevas incógnitas.

Desde mi humilde perspectiva de estudiante, considero fundamental que se conozcan todos los datos posibles, pero es de mayor importancia conocer los datos de los modelos gestión, conocer cuál es más económico, eficaz en los tratamientos, que modelo de gestión reduce el tiempo de espera, la estancia hospitalaria para dolencias similares, etc. Con todos estos datos disponibles, se puede realizar una guía de futuro para los nuevos hospitales o los ya establecidos logrando una mejora del sistema en su conjunto. Ayudando así, unas Comunidades a otras en la mejora del servicio o en la reducción de costes, o ambas en su conjunto. Pero para todo ello es necesaria una mayor aportación del PIB al SNS, el sistema sin una mayor inversión para hacer frente a los retos que se les presenta provocara el colapso del mismo.

La conexión entre los distintos Sistemas de las Comunidades Autónomas es otra necesidad del Sistema en su conjunto, fracasado como hemos dicho. Los egos de las Comunidades debe ser apartado para que podamos trabajar juntos en un SNS que nos haga sentir orgullosos, eso se lograría con la intercomunicación para que independientemente del lugar de domicilio podemos asistir a un especialista en nuestra dolencia que no se encuentra en nuestro territorio pero si en otros territorios, logrando así una mejora al usuario y creo que un menor coste al sistema, ya que ciertos hospitales se

especializarían en ciertas dolencias que daría lugar a una reducción de costes en la utilización de material necesario para las pruebas clínicas, por ejemplo.

Para mi parecer, la piedra angular del sistema es su modelo de gestión, debido que es el engranaje que encaja el resto de piezas, pone en conexión a los usuarios, profesionales del sistema, el gasto que se realiza, etc. Por sus manos, pasa todo lo relacionado con el servicio. Como he indicado, conociendo los datos podríamos lograr el mejor modelo de gestión para cada lugar.

Con todo ello, el SNS tiene ante sí una época de cierta oscuridad, donde debe dar respuesta a muchas preguntas, y que en caso de no ser las respuestas acertadas pueden poner en difícil situación su sostenibilidad.

La Unión Europea apuesta en una Resolución del Parlamento Europeo de 14 de Enero de 2014 sobre Salud electrónica. Considerando así, como las nuevas tecnologías una herramienta muy eficaz. Ayudando a predecir riesgo-beneficio, predicción de eventos adversos y la mejora de la eficiencia.

La mejora en la financiación de la sanidad es un punto a mejorar que, con la eficiencia de aplicación de las partidas presupuestarias, como puede ser en la eficiencia en el uso de medicamentos o en la mejora de las herramientas que se utilizan y las cuales sufrirán una evolución en los próximos años. El aumento de impuestos, como es el caso del IVA a productos como los sanitarios no ayudan al acceso a los mismos, al igual que el copago, por lo tanto, habría que buscar un modelo eficiente y sostenible desde un punto de vista financiero.

9. Bibliografía

1. Antonio J. ALONSO TIMON, “La financiación de la salud electrónica”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *SALUD ELECTRONICA: Perspectiva y realidad*, Valencia, 2017.
2. Francisco Miguel BOMBILLAR SÁENZ, “Receta médica electrónica y venta de medicamentos online”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *Salud electrónica: Perspectiva y realidad*, Valencia, 2017.
3. David LARIOS RISCO, “La contención del gasto farmacéutico en el sistema nacional de salud”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el siglo XIX*, Comares, Granada, 2015.
4. Juan Alejandro MARTINEZ NAVARRO, “La pobreza sanitaria”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *Profesionales de la Salud: Problemas jurídicos*, Monografías de Alta Calidad en Investigación Jurídica, Tirant lo Blanch, Valencia, 2017.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Los sistemas sanitarios en los países de la UE”, *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*, 2013.
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación, Unidad Responsable de la Estadística de Gasto Sanitario Público, *Estadística de gasto sanitario público 2014: principales resultados*, 2016.
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf7>
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación, Unidad Responsable de

la Estadística de Gasto Sanitario Público, *Estadística de gasto sanitario público 2014: principales resultados*, 2016.

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

8. Vicenc NAVARRO, “Introducción” en Pablo VAAMONDE GARCIA (Coordinador), *La salud como negocio*, Ediciones Laiovento, Santiago de Compostela, 2014.
9. Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”, en Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el Siglo XXI*, Comares, Granada, 2015.
10. Juan Francisco PEREZ GALVEZ, “Personal sanitario y salud electrónica: perspectiva y retos pendientes”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *Salud electrónica*, Valencia, 2015.
11. Juan Francisco PÉREZ GÁLVEZ, “Bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios”, *Revista Andaluza de administración Pública*, 84, 2012.
12. José Luis PEREZ HUERTAS (Director), *El gasto farmacéutico en España en 2016*, EAE Business School, 2016.
<http://static.correofarmaceutico.com/docs/2016/09/05/gasto-farmaceutico-2016.pdf>
13. José Luis PEREZ RON, “¿A dónde ha ido a parar el dinero de nuestros impuestos?”, *Revista Quincena Fiscal*, 8, 2016.
14. José Ramón REPULLO LABRADOR, “Financiación de la sanidad: distribución y asignación de recursos”, en Alberto PALOMAR OLMEDA y Josefa CANTERO MARTINEZ (Directores), *Tratado de Derecho Sanitario, Vol. I, Thomson Reuters Aranzadi*, Pamplona, 2013.
15. Francisco J. RUBIA VILA (Coordinador), *Libro blanco sobre el Sistema Sanitario Español*, Academia Europea de Ciencias y Artes, Madrid, 2011.
16. Javier Jorge VAZQUEZ y Ricardo REIER FORRADELLAS, “La sanidad pública en España: crisis económica y reformas”, *La gran recesión y sus salidas (Actas del I Congreso de Economía y Libertad)*, Servicio de Publicaciones de la Universidad Católica de Ávila, 2013.

17. María ZAMBONINO PULITO, “La gestión directa de los servicios sanitarios”, en Juan Francisco PEREZ GALVEZ (Director), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el siglo XIX*, Comares, Granada, 2015.