

**Una nueva Ley General de Sanidad
para sostener el Sistema
Nacional de Salud**

Javier Rey del Castillo

Documento de trabajo 173/2011



Javier Rey del Castillo

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Cardiología, ha ejercido como tal en los Hospitales Clínico de Madrid y La Paz entre 1973 y 1983.

Como médico inspector de la Seguridad Social desde 1983, ha desempeñado diversos cargos en la Administración Central, entre ellos el de secretario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) entre 1991 y 1996. Actualmente es secretario de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, desde su constitución en 1997.

Ha desarrollado una amplia labor docente en diferentes universidades, institutos y escuelas de salud, y actividades de cooperación con países de América Latina. Es autor de varios libros y numerosas publicaciones centradas principalmente en el análisis de la descentralización sanitaria en España y el funcionamiento de los sistemas sanitarios en países federales y descentralizados.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Javier Rey del Castillo

ISBN: 978-84-92957-75-0

Depósito Legal: M-38700-2011

Impreso en papel ecológico



Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
1. La constitución y la evolución de los servicios públicos de salud en otros países	10
1.1 La creación de los servicios de salud en los países desarrollados	10
1.2 Dos modelos de servicios públicos de salud y el peculiar sistema estadounidense	11
1.3 Comparaciones entre sistemas sanitarios	14
1.4 Peculiaridades de los sistemas públicos sanitarios federales o descentralizados	21
1.5 La evolución de los sistemas sanitarios públicos de otros países	27
A) El problema del gasto sanitario en todos los países	27
B) Las tecnologías sanitarias y su uso, un problema de sostenibilidad principal de todos los sistemas sanitarios	27
C) Los intereses de las compañías de seguros, otro problema importante de todos los sistemas sanitarios	31
D) Una tendencia marcada a la reducción de la solidaridad en la organización de los servicios sanitarios	33
E) Las respuestas comunes de los servicios sanitarios a los condicionantes externos de su evolución y a la crisis económica	35
F) Algunas medidas específicas: las reformas estructurales introducidas en algunos servicios nacionales de salud	39
2. Origen, evolución y situación del sistema sanitario español	59
2.1 Las peculiaridades del origen del sistema sanitario español.....	59
A) Condiciones generales	59
B) La situación de la protección sanitaria antes de la constitución del Sistema Nacional de Salud (SNS).....	61
C) La distribución del gasto sanitario antes de la constitución del SNS	65
2.2 La Ley 14/1986, General de Sanidad (LGS), un instrumento ineficaz para asentar sólidamente las bases del SNS.....	65
A) Las condiciones de desarrollo de la Ley General de Sanidad	65
B) Las insuficiencias de la LGS como base organizativa y estructural del SNS .	70
C) Las limitaciones estructurales del desarrollo posterior de la LGS.....	73

C.1) Aspectos organizativos y normativos	74
C.2) La convergencia entre partidos en las políticas relacionadas con el SNS	97
C.3) Los desarrollos más recientes	101
3. Una propuesta alternativa: una nueva Ley General de Sanidad para asegurar la sostenibilidad de la protección sanitaria universal mediante el Sistema Nacional de Salud	116
3.1 Definición y justificación de la propuesta	116
A) El cambio de las condiciones que rodearon la constitución del SNS en la Ley General de Sanidad.....	116
B) La ineficacia política de los límites establecidos en la LGS para orientar la evolución del sistema.....	117
C) La ineficacia económica del control del gasto sanitario con el actual sistema de financiación sanitaria	117
3.2 Los contenidos posibles de una nueva Ley General de Sanidad	118
3.3 Oportunidades y amenazas para el desarrollo de una nueva Ley General de Sanidad	122
A) Oportunidades.....	122
B) Amenazas	123
Bibliografía	125
Índice de Tablas y Gráficos	134

Siglas y abreviaturas

CC AA	Comunidades autónomas
IDIS	Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
LGS	Ley 14/1984, General de Sanidad
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
MUFACE	Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad de Funcionarios de la Administración de Justicia
NHS	Servicio Nacional de Salud británico
OPE	Oferta pública de empleo
PCT	<i>Primary Care Trusts</i>
PFI	Iniciativa de Financiación Privada
SCS	Servicio Catalán de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud español
UCD	Unión de Centro Democrático

Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud

Javier Rey del Castillo

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Cardiología

Cualquier análisis comparado del sistema sanitario español debe comenzar por recordar algunos datos básicos de su existencia: su creación y desarrollo más tardío respecto de los sistemas públicos de salud de otros países desarrollados, en paralelo a un desarrollo económico igualmente retrasado; su desarrollo sobre la base de un sistema preexistente de atención para la población trabajadora, que en el momento de la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) español cubría ya a cerca del 90% de la población total del país, y su constitución formal al final de la primera legislatura socialista de la democracia.

Un examen retrospectivo de la norma constitutiva del SNS, la Ley 14/1986, General de Sanidad, permite observar grandes deficiencias de su articulado en la definición de aspectos esenciales de la organización y constitución del Sistema. Entre ellas se pueden incluir las condiciones de la cobertura sanitaria, la organización territorial y por niveles de atención, la financiación, el régimen de personal o las relaciones del Sistema con sus proveedores, en especial con los productores de tecnologías sanitarias, incluidos los medicamentos, cuyo uso intensivo y sin control, en buena parte inducido desde la oferta es, por otra parte, el determinante principal de un crecimiento insostenible del gasto sanitario.

Los desarrollos posteriores de la norma básica en esos y otros aspectos, así como el profundo proceso de descentralización de la atención sanitaria que se ha llevado a cabo han tenido lugar sin que en aquella Ley existiera una definición clara del horizonte final del proceso ni de los instrumentos que deberían garantizar el funcionamiento coordinado y eficiente del Sistema tras completar su desarrollo. Si se quieren mantener las condiciones universales, igualitarias y de calidad del sistema de protección sanitaria del que nos hemos dotado, de manera que sea a la vez económicamente sostenible, es necesaria la definición de sus aspectos esenciales, reforzando sus características públicas, en una nueva Ley de Sanidad.

Por el contrario, como han demostrado experiencias propias previas recientes, el aumento de su dotación económica (por otra parte difícil si no imposible de asumir en las actuales condiciones económicas) sin cambiar sus condiciones estructurales no permite garantizar su sostenibilidad financiera y derivará cualquier aumento de la financiación hacia los sectores

de gasto, principalmente los de las tecnologías sanitarias, incluidos de manera principal los medicamentos, que suponen ya un porcentaje desproporcionado, en comparación con el de otros países, del gasto sanitario público español.

Por su parte, como está demostrando la experiencia de otros países, la colaboración público-privada, que se está promoviendo por sectores interesados (las compañías de seguro sanitario privadas; las cadenas de hospitales privadas que han seguido en los últimos años un amplio proceso de expansión) como la vía más idónea de solución de los problemas de sostenibilidad económica del SNS, provocará, si aquellas logran extender su presencia, que ha avanzado de manera importante en los últimos años en la gestión del Sistema, la ruptura de sus condiciones universales e igualitarias de manera difícilmente reversible.

A su vez, e igualmente a la vista de la experiencia de otros países, se puede afirmar que el desarrollo de una alternativa pública para la mejora del Sistema solo será posible si las posiciones sanitarias de la izquierda real se diferencian netamente de las de los partidos conservadores, en sentido contrario a lo que ha venido ocurriendo en los últimos quince años en nuestro país, en los que las políticas sanitarias del Partido Socialista han coincidido ampliamente con las del Partido Popular y las de CiU. Mantener ese acuerdo de hecho como condición para la sostenibilidad del SNS significa, por eso, promover las mismas líneas para su desarrollo que las que han propiciado su crisis. Por el contrario, para garantizar su consolidación como instrumento de cohesión social y mecanismo de prestación de una atención universal e igualitaria, son necesarias nuevas propuestas y reformas estructurales que no cabe esperar de los partidos conservadores y que solo podrían llegar desde el ámbito de la izquierda real, a condición de que esta recupere un discurso autónomo y un interés específico por la atención sanitaria como parte importante de su programa y su actividad política.

La crisis económica actual, en la que buena parte de los déficits autonómicos se deben a la forma en que se lleva a cabo la gestión descentralizada de la sanidad, proporciona, por su parte, una oportunidad específica para favorecer la adopción de medidas que rompan con las limitaciones y resistencias opuestas por distintos grupos de interés al desarrollo de las economías de escala y al funcionamiento coordinado de los servicios sanitarios autonómicos que deberían caracterizar y ser la base de las ventajas de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Una explicación adecuada de las propuestas que pudieran formularse en ese sentido y su debate con amplios grupos sociales que están objetivamente interesados en evitar la ruptura del sistema público de protección sanitaria universal del que todavía disponemos podrían constituir un importante activo electoral para recuperar el voto de amplios sectores de la población que, ante la ausencia de alternativas propias diferenciadas desde el ámbito de la izquierda en este y otros terrenos, opta de manera progresiva por la abstención.

Introducción

El objeto de este trabajo es el análisis del sistema sanitario español, la consideración de su situación actual en términos tanto políticos como económicos y la valoración de las actuaciones necesarias para mantener el Sistema Nacional de Salud como el instrumento esencial para proporcionar la cobertura sanitaria universal e igualitaria que se pretendió alcanzar con la promulgación en 1986 de la Ley 14 de aquel año, General de Sanidad, que constituye la base de nuestra organización sanitaria actual.

La primera observación que se puede realizar es que nuestro sistema sanitario no tiene una existencia distinta a la de los servicios sanitarios de otros países, que encontraron en la creación de servicios sanitarios públicos y universales organizados según unos u otros modelos, aunque en un plazo un poco anterior, la mejor forma de hacer accesible la atención sanitaria a todos sus ciudadanos; lo que, por otra parte, constituye un instrumento principal de cohesión social como parte de los Estados de Bienestar de cada uno de ellos.

Por otro lado, se puede observar también que las condiciones de distinta naturaleza que han orientado principalmente la evolución de esos sistemas, dentro de las peculiaridades de cada uno de ellos, son iguales para todos y además son comunes: a diferencia de los propios sistemas sanitarios, que se mantienen todavía independientes dentro de los límites de cada país y, en general, sin unas pautas de actuación común, los intereses y fuerzas que actúan sobre ellos y de forma muy precisa, los proveedores obligados de todos ellos, de manera destacada la industria farmacéutica y las de otras tecnologías sanitarias, han evolucionado para constituirse en entidades supranacionales muy potentes, cuya capacidad económica y su poder supera claramente los presupuestos de muchos Estados. De la misma manera, el mercado de los seguros, también el de los sanitarios, comparte una tendencia a la globalización con escasa regulación que es común a otras actividades financieras y que supera el control de los Estados. Unos y otros son determinantes principales de la evolución de todos los sistemas, y hacen que cuando se habla de servicios sanitarios no se esté hablando solo de un sistema específico de protección social, sino y ahora quizá sobre todo, de una cuestión relevante en la economía y el gasto público de cualquier país.

La evolución y la situación de otros sistemas sanitarios constituyen, por eso, un marco general de referencia inevitable para valorar la situación y las perspectivas del sistema sanitario español. En ese sentido, sería absurdo pretender una perspectiva de futuro para nuestro sistema en sentido radicalmente opuesto a las orientaciones generales que se están dando en otros países. Esas orientaciones no son, sin embargo, unívocas: en países como Estados Unidos, pese a todas las dificultades e intereses en contra y a las diferencias

de opinión que dividen en dos mitades casi iguales al país, se sigue manifestando una tendencia imparable a conseguir ciertos niveles igualitarios de protección sanitaria para todos los ciudadanos, que alguna vez lograrán bajo formas difíciles de predecir y que podrían incluso suponer la creación de un sistema público asegurador común (que ya ha aparecido en distintos proyectos de reforma de su sistema sanitario bajo la denominación de *single payer*¹), solo o en competencia con otros sistemas privados de protección. Por el contrario, en los países que ya disponen de una cobertura universal similar para la totalidad o la gran mayoría de la población, las tendencias a diferenciar los mecanismos y las formas de protección sanitaria para distintos grupos de ciudadanos mediante la introducción de sistemas de mercado y el aumento de la participación privada en la cobertura y la provisión de servicios sanitarios parece extenderse.

Cómo interpretar esas tendencias en términos de una “confluencia de sistemas” inexorable y justificada por razones de eficacia y eficiencia (y de recorte del gasto público en coherencia con las posiciones económicas dominantes) o como un “giro a la derecha” instigado por los grupos de interés que predominan en este momento sobre los servicios sanitarios, se debatirá en los apartados siguientes. Cabe, sin embargo, adelantar que la conclusión que se obtiene de ese debate es que, sin descartar la importancia de la mejora de la eficiencia de los servicios públicos sanitarios para hacer posible su mantenimiento, la razón principal que está provocando la introducción de medidas de reforma de esos servicios, en especial la de aquellos constituidos como servicios públicos y universales de salud, es el interés y la presión de las empresas de seguros y las cadenas y grupos de centros sanitarios que las sirven por penetrar en, e incorporar a su área de negocio, la protección sanitaria financiada públicamente.

Resulta, en todo caso, importante precisar, también, que las tendencias comunes permiten diferenciar en países distintos respuestas diversas a unas mismas condiciones generales, por razones “locales” de correlación de fuerzas e intereses entre los agentes que intervienen en y sobre los sistemas sanitarios. Y que, siguiendo los análisis de algunos autores (Glyn, 2006: 231-264), caben en todo caso márgenes de maniobra para mantener sistemas de protección sanitaria públicos amplios e igualitarios en términos de cobertura personal y poblacional en distintos países, a la vez que disponemos de instrumentos y valoraciones que permiten también considerar los efectos en uno y otro sentido de otras formas distintas de organizar la protección.

Las razones anteriores sirven para justificar la estructura de este trabajo, que comienza por analizar el origen, la evolución y las tendencias actuales en la organización de los servicios sanitarios en otros países, para concentrarse después, efectuando las comparaciones correspondientes, en las condiciones del sistema sanitario español.

Del análisis de este último se deriva, como medida esencial para garantizar la conservación de nuestro sistema sanitario específico, la elaboración de una nueva Ley

1 Véase Hsiao (2011), *State-Based, Single Payer Health-Care—A solution for the United States?*

General de Sanidad que sienta las bases de las transformaciones necesarias para lograr mantener ahora las condiciones de amplitud, universalidad e igualdad de la protección sanitaria que se pretendieron alcanzar con la promulgación de la Ley anterior. Por su parte, esta, por razones que se justifican en el trabajo, ha dejado a estas alturas de ser un instrumento útil a esos efectos y precisa, en consecuencia, ser sustituida por otras reglas adaptadas a la actual situación política, social y económica de nuestro país.

En el documento se sugiere que los cambios legales que se proponen pueden servir de palanca para mantener las condiciones citadas en un contexto que, en especial como consecuencia de la crisis económica, podría parecer poco propicio para ello y que, por el contrario, está provocando la aparición de diferentes propuestas orientadas a reducir el ámbito material y personal de la protección sanitaria, a la vez que la de otras dirigidas a facilitar la privatización de la cobertura sanitaria de distintos grupos de población. La aplicación de las primeras ha comenzado a recibir el rechazo popular inmediato, pero son precisas alternativas organizativas y de funcionamiento del Sistema si se quiere evitar que las medidas de restricción de la protección sanitaria se conviertan en la única vía de contribución desde este sector a la solución de una situación económica compleja en la que la reducción del gasto público parece plantearse como única vía de actuación.

El estudio concluye justificando cómo la elaboración de una propuesta de esas características para modificar las condiciones estructurales del Sistema Nacional de Salud con objeto de hacer posible que se mantengan las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria puede ser un elemento principal para diferenciar las posiciones de la izquierda para la solución de la crisis y, como tal, recibir el apoyo de amplios grupos de población.

1. La constitución y la evolución de los servicios públicos de salud en otros países

1.1 La creación de los servicios de salud en los países desarrollados

La existencia de servicios públicos sanitarios supone una forma peculiar de organizar la atención sanitaria de un país con la aspiración de hacerla accesible a toda la población. Como tales, los servicios públicos sanitarios no han existido siempre, sino que se crearon en un período concreto en el tiempo; un período que, en líneas generales, y con la excepción previa de la Alemania del canciller Bismarck, se puede describir globalmente como el posterior a la crisis económica de 1929 y la Segunda Guerra Mundial. Por otra parte, la constitución de servicios públicos de salud en ese momento se produjo a la vez y en el contexto de la constitución del llamado “Estado de Bienestar” en los mismos países, un concepto que incluye no solo la protección sanitaria, sino también los sistemas de pensiones, los servicios sociales e incluso, en sus acepciones más amplias (el llamado modelo *Beveridge*, por el nombre del noble inglés que elaboró el informe que sirvió de base para su desarrollo en el Reino Unido), la enseñanza hasta sus niveles medios y la vivienda.

Los países en los que inicialmente se produjo la constitución de servicios públicos sanitarios con el fin “universalizador” de la protección sanitaria fueron principalmente del ámbito europeo y otros desarrollados del área “occidental”, todos los cuales habían participado en un grado mayor o menor en el conflicto bélico señalado. Las condiciones que en esos tiempos y lugares determinaron la forma de constitución de los servicios públicos de salud fueron de diferente naturaleza (Rey del Castillo, 2003, 2010b):

- En primer lugar, la situación política y económica general favorable a la constitución de sistemas universales de protección que, con el desarrollo de una demanda agregada sobre bases keynesianas y la utilización de las economías de escala aparejadas a ellas, permitieron el manejo eficiente de los servicios colectivos y potenciaron a la vez el desarrollo de los sectores industriales que cumplen el papel de proveedores habituales del sistema sanitario, garantizando la absorción de sus productos por los servicios públicos así constituidos.
- En segundo lugar, el clima solidario peculiar “extraordinario” que existía en todos los países en los que se desarrollaron los servicios públicos y universales de salud tras la contienda, en cuyo esfuerzo participaron sin distinción todas las clases sociales

de cada uno de esos países, con mecanismos de relación entre ellas igualmente “extraordinarios” (se puede ver, por ejemplo, el relato de los desplazamientos de grandes grupos de población desde el ámbito urbano al rural en el Reino Unido en Timmins, 1996).

- El tercer elemento fue la existencia de bases fiscales adecuadas para el sostenimiento de los servicios públicos sanitarios, lo mismo que de las otras prestaciones y servicios mencionados. La identificación de los intereses en materia sanitaria de las clases medias, que son los contribuyentes principales al sostenimiento fiscal de cada país, con los de otros grupos de población de menor nivel de renta contribuyó de manera significativa a la generación de los recursos necesarios para dar soporte a la constitución de servicios públicos universales.
- El cuarto aspecto a destacar es el desarrollo limitado de las tecnologías sanitarias, incluyendo entre ellas los productos farmacéuticos, que se daba en el momento de la creación inicial de los servicios nacionales de salud. Frente a lo ocurrido después como consecuencia del desarrollo tecnológico, facilitado a su vez por la absorción de los medicamentos y otros productos de uso sanitario por los servicios públicos mencionado antes, el factor de coste y gasto sanitario más importante en aquel momento eran los servicios profesionales de los médicos.
- El último dato comparativo propio de aquel momento es precisamente la peculiar situación de desarrollo de la profesión médica en los países en los que se constituyeron los servicios públicos de salud, que se acompañaba de un amplio prestigio social del desempeño de la profesión y de una organización corporativa consolidada de la representación de esta en defensa de su propio estatus social y económico, lo que convirtió a estos grupos corporativos y a la profesión a la que representaban en el principal obstáculo inicial para la constitución de servicios colectivos, que eran vistos como una amenaza para el ejercicio “liberal” de la profesión, concebido por entonces como el único acorde con la esencia misma de esta.

1.2 Dos modelos de servicios públicos de salud y el peculiar sistema estadounidense

Sobre la base de esas condiciones generales, que eran comunes a los países en que se constituyeron, cada uno de ellos desarrolló sus servicios sanitarios con arreglo a sus condiciones específicas profesionales, sociales, políticas e industriales. De entre esas condiciones, se ha llamado en especial la atención sobre la correlación entre el poder y la capacidad de representación política de las clases trabajadoras a través de los partidos socialdemócratas o equivalentes que existían en cada uno de ellos y el grado de desarrollo alcanzado por los servicios públicos de salud en cada país (Huber, 2004: 113; Krugman,

2007; Navarro, 1989). Sin embargo, pese a la especificidad de las formas de constitución de cada servicio público de salud, de los rasgos comunes a la manera en que se constituyeron es posible deducir dos grandes modelos generales de desarrollo de aquellos en función de sus características, en cuanto a las condiciones y extensión personal de la cobertura de la protección sanitaria ofrecida, su financiación y la forma de organización de la prestación de la atención:

- Los “Servicios Nacionales de Salud”, de los que el paradigma fue el *National Health Service* (NHS) británico, constituido en 1947, se caracterizaron por ofrecer protección sanitaria universal en condiciones iguales a toda la población, vinculando la garantía de la protección ofrecida a la condición de ciudadanía del propio país. En relación con ello, la financiación de estos servicios se pasó a hacer con impuestos generales, a los que toda la población contribuía en proporción a su nivel de ingresos. Por su parte, la provisión de la atención hospitalaria se organizó sobre la base principal de centros de propiedad pública, en muchos casos de los propios servicios de salud así constituidos, mientras que la atención primaria se concertó con médicos generales con los que, sin dotarles de la condición de funcionarios o sus equivalentes, se establecieron contratos para prestar la atención con sus propios medios. Una condición común es que el acceso a los niveles secundarios especializados de atención se condicionaba en este tipo de servicios a la remisión desde el nivel de la atención primaria, constituido así en “puerta de entrada” del propio sistema; una condición, por otra parte, solo susceptible de establecerse por el prestigio adquirido en su labor y por la capacidad de resolución de los problemas médicos sometidos a ellos, por los profesionales de ese nivel de atención.

En los países nórdicos, caracterizados por poblaciones numéricamente más reducidas y con una distribución peculiar en el territorio, se desarrollaron modelos similares, pero con la diferencia de una gestión de los servicios sanitarios basada en las corporaciones de nivel entre regional y local propias de la distribución poblacional de esos países.

- A su vez, el modelo de servicios “de Seguridad Social” extendió la protección sanitaria en cada país en que se estableció a la población trabajadora vinculada mediante contratos de trabajo, financiando la misma mediante las cotizaciones sociales realizadas por trabajadores y empresarios a “cajas de seguro”, de naturaleza paralela a lo público, con participación en los órganos de gobierno de representaciones de unos y otros, constituidas en muchos casos por ramas de producción. En este modelo de organización, la provisión de la atención hospitalaria se caracteriza por llevarse a cabo por entidades y centros ajenos a la propiedad de las cajas que, sin embargo, son en la mayoría de los casos de propiedad pública (entidades locales o regionales) o pertenecientes a entidades sin ánimo de lucro, con los que las cajas formalizan acuerdos o contratos de distinto rango para prestar la atención. Por su parte, los grupos de población (trabajadores por cuenta propia y sectores profesionales liberales; grupos de población sin relación laboral y con elevado nivel de rentas y otros grupos minoritarios) no integrados en estos sistemas de cobertura profesional se

fueron integrando, a veces de forma obligada por disposiciones expresas, en sistemas de cobertura específicos autofinanciados, de manera que con el transcurso de los años, la cobertura de la protección sanitaria llegó a abarcar, en la práctica, a la casi totalidad de la población.

Siendo el modelo de esta forma de organización de los servicios sanitarios, el de Alemania, preexistente desde Bismarck, formas similares de organización se extendieron por los países más cercanos de su área de influencia, entre ellos Bélgica, Holanda y Austria. Por su parte, Francia se atuvo a un modelo similar, con la única diferencia de que su sistema de Seguridad Social se gestiona por una caja única. Otra peculiaridad de este país es que desde el inicio de su implantación se estableció un sistema de prepago de los gastos a los profesionales que realizan la atención fuera de los hospitales, con el posterior reintegro parcial de los mismos al usuario que los ha pagado. Por otra parte, en este tipo de sistemas es, en general, más común la posibilidad de acceso directo al especialista extrahospitalario, sin que la atención primaria desempeñe el papel de puerta de entrada señalado en los Servicios Nacionales de Salud.

Transcurrido en términos amplios el período de tiempo señalado, la práctica totalidad de países desarrollados del área occidental disponían de servicios públicos de salud constituidos con arreglo a uno u otro de los dos modelos generales descritos. La única excepción a esa regla la constituía Estados Unidos, que solo años más tarde, en 1963, durante el mandato del presidente Johnson, estableció dos programas de protección sanitaria pública para dos grupos específicos de población: el denominado *Medicare*, para los jubilados, un programa financiado y gestionado con fondos federales, y *Medicaid*, para la población por debajo de un cierto nivel de pobreza (cuya determinación ha ido cambiando a lo largo del tiempo, provocando cambios sucesivos en los grupos cubiertos) que, dentro de unas reglas generales establecidas a nivel general, se financia parcialmente y se gestiona al completo por los Estados, lo que provoca diferencias significativas entre ellos².

El resto de la población estadounidense carecía de cobertura sanitaria pública, una situación que se ha perpetuado hasta la actualidad, recibiendo atención a través de seguros concertados entre las empresas, que actúan para ello en representación de sus trabajadores y compañías privadas de seguros sanitarios, que existen en el país en número superior a las 4.000, con tamaños muy diferentes y una distribución territorial por Estados muy irregular. Por otra parte, la decisión de derivar el establecimiento de la protección sanitaria a esa vía se acompañó de la posibilidad establecida legalmente de desgravar fiscalmente, por parte de las empresas, las cantidades destinadas a ese fin de la tributación correspondiente, a la vez que las rentas en especie percibidas de esa manera están también desde entonces eximidas de la tributación personal.

2 Dentro del programa *Medicaid* se incluye un programa específico, SCHIP, dirigido a la población infantil sin recursos. Por su parte, los veteranos de guerra disponen de una organización propia para su atención sanitaria, con una red de centros que se gestiona también a nivel federal.

Esa clase de cobertura concertada por las empresas con seguros privados deja sin ninguna cobertura a alrededor de un 15% de la población, una cifra que ha ido creciendo a lo largo de los últimos años y que ha sido el motor principal que ha justificado sucesivos intentos de reforma fallidos³ y la propuesta por el presidente Obama aprobada en marzo del año pasado⁴. Esa población sin cobertura está constituida principalmente no tanto por la población sin ingresos, que es cubierta de una u otra manera a través de *Medicaid*, sino por los asalariados de bajo nivel de ingresos en empresas de tamaño reducido, que expresan con frecuencia su preferencia por (o no manifiesta de manera eficaz su oposición a) elevar su nivel de ingresos netos, antes que por obtener una protección sanitaria mínima a través de un seguro privado concertado a través de su empresa.

1.3 Comparaciones entre sistemas sanitarios

Durante mucho tiempo el análisis de los sistemas sanitarios de los diferentes países por parte de los sectores académicos y las organizaciones internacionales interesadas se centró de forma habitual en el estudio individual de cada uno de ellos. Solo a partir de finales de los años ochenta del siglo pasado y, probablemente como consecuencia de la creciente importancia económica directa de la actividad sanitaria, se puede detectar algún interés en el análisis comparado de los diferentes modelos de servicios sanitarios mencionados. Análisis de especial valor en el caso de los realizados antes de que, conforme a la evolución que se describe más adelante, se introdujeran en algunos de esos sistemas modificaciones que alteraron algunas de sus características constitutivas más importantes.

De entre los resultados de esos estudios comparativos se pueden considerar como los más relevantes los siguientes:

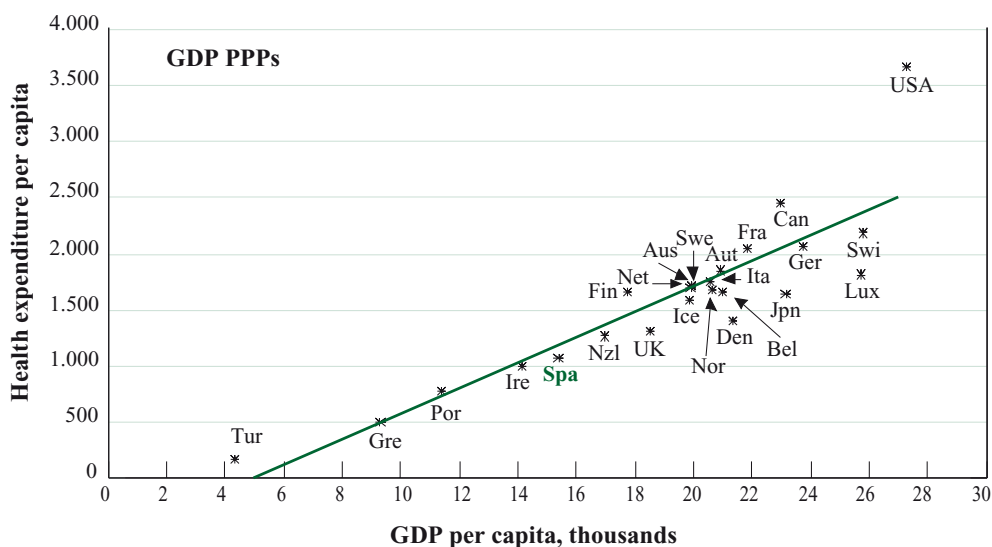
- 3 Entre ellos el más conocido es el intentado por el presidente Clinton en su primer mandato. Pero también algunos presidentes republicanos, como el depuesto presidente Nixon, intentaron las suyas, con criterios no muy distintos a los aprobados ahora, sin lograrlo (Leonhardt, 2010).
- 4 Sobre el contenido y el desarrollo de esa reforma, aprobada solo con los votos del Partido Demócrata, se pueden ver Rey del Castillo (2009a, b, y c; 2010a y c). Una de las características principales del texto finalmente aprobado es la demora en la aplicación de muchas de las medidas previstas en ella hasta 2014. Las elecciones legislativas de noviembre pasado, en las que uno de los principales motivos de campaña por parte del Partido Republicano fue el ataque a la reforma sanitaria, supusieron un vuelco hacia la mayoría republicana en la Cámara de Representantes (el equivalente al Congreso español) y la reducción de la mayoría demócrata en el Senado. Desde la nueva constitución de ambas cámaras, el rechazo a la reforma sanitaria aprobada ha centrado la oposición del Partido Republicano, una oposición que se está ejerciendo intensamente también a través de los nuevos gobernadores elegidos en diferentes Estados, a los que corresponde la aplicación de muchas de las medidas de la reforma. Esa oposición incluye también el cuestionamiento constitucional de la obligación establecida en la nueva Ley para que las empresas y, en ciertos casos, los particulares, contraten su cobertura sanitaria con las aseguradoras privadas tradicionales o las que se prevé crear (a través de un sistema denominado *exchanges*) si carecen de ella por otras vías (sobre los *exchanges*, véase Kaiser Family Foundation, 2010).

1) En primer lugar, que en los países desarrollados existe una relación comprobable a nivel estadístico, entre el nivel de riqueza de un país, medido en términos de PIB per cápita, y el gasto en servicios de salud, medido en términos de gasto sanitario per cápita.

La OCDE viene realizando estudios desde hace años de los que se deduce esa relación, que se traduce en términos estadísticos en la posibilidad de trazar una recta de regresión que, como se refleja en los Gráficos 1.1 y 1.2, correspondientes a dos años distintos, 1992 y 2002, permite poner en relación ambos parámetros para un grupo importante de los países que forman parte de dicha organización. Una relación que, por otra parte, como se deduce de la persistencia de una misma forma de relación en dos años significativamente distantes, no parece casual o esporádica, sino que se mantiene a lo largo del tiempo.

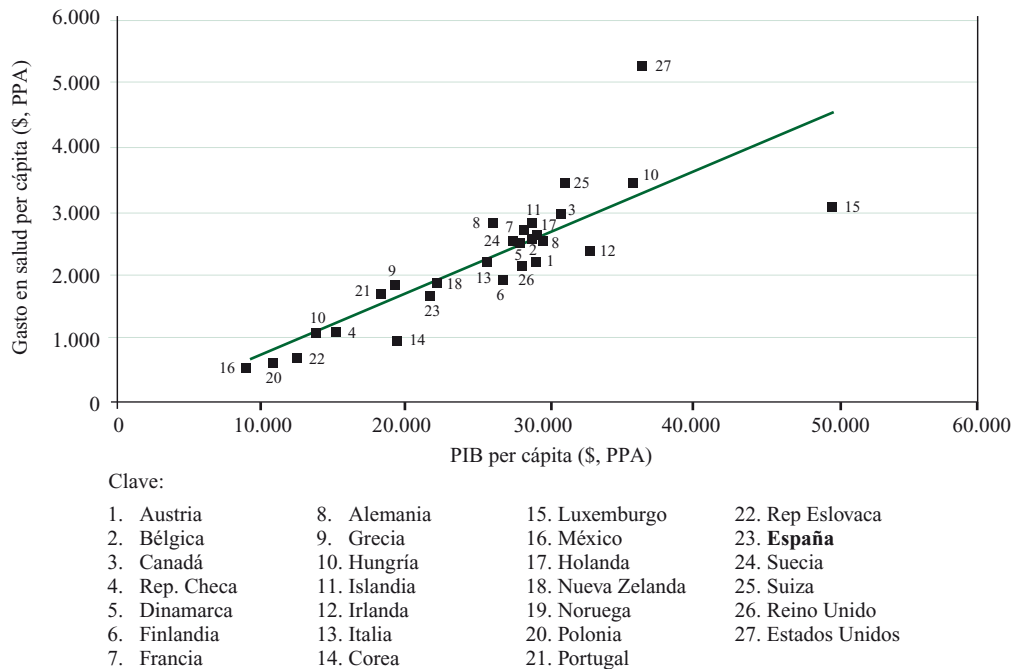
De los gráficos anteriores cabe, sin embargo, resaltar otra observación: de la relación indicada, solo se excluye de manera sostenida Estados Unidos, cuyo nivel de gasto sanitario per cápita, incluyendo el público y el privado al igual que en el resto de los países, se desvía de manera notable hacia arriba del que le correspondería conforme a las cifras de PIB per cápita según esa relación. (También se excluye, en sentido contrario, Luxemburgo, un país de reducido tamaño y población, que carece de servicios sanitarios propios, por lo que recurre a los de los servicios de los países que lo rodean y que con

Gráfico 1.1. Distribución del PIB y del gasto en salud per cápita en países de la OCDE en 1992



Fuente: OCDE, 1994

Gráfico 1.2. Distribución del PIB y del gasto en salud per cápita en países de la OCDE en 2002



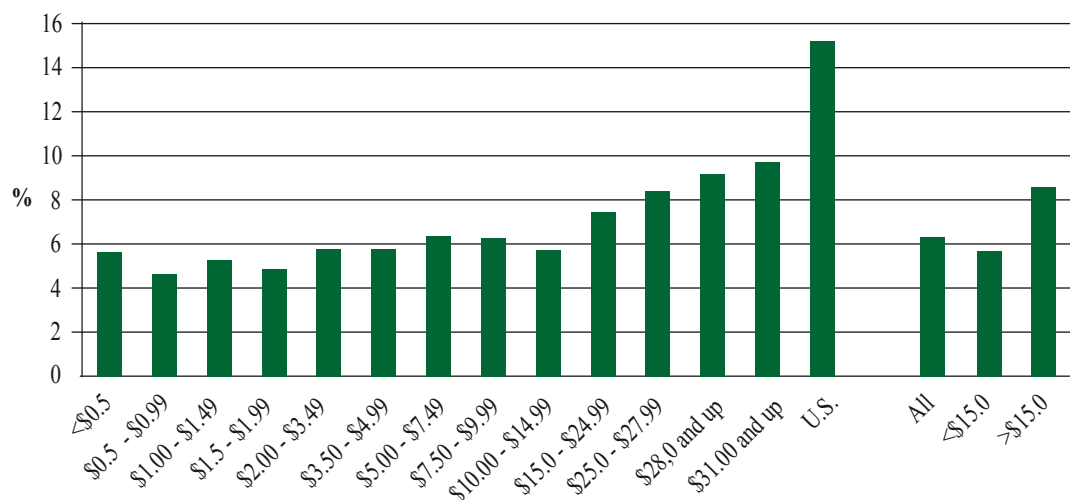
Fuente: OCDE, 2004

ello gasta en la atención sanitaria de sus ciudadanos menos de lo que, conforme a esa relación, le correspondería por su elevado nivel de renta).

Por otra parte, tal relación solo parece establecerse de manera homogénea a partir de cierto nivel de desarrollo, medido en términos de renta per cápita: en el Gráfico 2, correspondiente en este caso a datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006 y en el que los países analizados en los registros de la OCDE anteriores estarían incluidos en los niveles de renta superiores a 10.000 dólares de renta per cápita, además de observarse la desviación sostenida del gasto sanitario de Estados Unidos en relación con su nivel de renta, se observa también que, por debajo del nivel de renta indicado para ese año, no hay una relación homogénea entre ambos parámetros.

Cabe poner todo ello en relación con la existencia de unos patrones comunes de organización y consumo sanitario relativamente homogéneos, logrados precisamente en los países que constituyeron en su momento servicios sanitarios públicos para sus ciudadanos conforme a alguno de los modelos indicados. Una situación que no se da en países menos desarrollados, que no tienen constituidos de manera homogénea servicios sanitarios que extiendan la cobertura sanitaria a toda la población y en buena parte de

Gráfico 2. Gasto total en salud como porcentaje del PIB en 2003 en grupos de países agrupados por niveles de PIB per cápita (en miles de \$)



Fuente: Informe sobre salud en el mundo (OMS 2006)

los cuales la atención sanitaria se nutre de la financiación privada, lo que crea grandes desigualdades en el acceso a la protección.

Por su parte, el “modelo” de atención sanitaria implantado en Estados Unidos sobre la base de la limitación de la cobertura sanitaria proporcionada por servicios públicos y contratada, por el contrario, para la mayoría de la población por las empresas con seguros privados, además de ser incapaz de proporcionar cobertura sanitaria a la totalidad de la población, dejando sin protección a una proporción significativa de sus ciudadanos, es generador de un nivel de gasto sanitario significativo y desproporcionadamente más alto y difícil de controlar.

2) Descartada de esa manera la eficiencia de la (des)organización sanitaria que supone el “modelo” estadounidense, otros estudios se dirigieron a comparar la eficiencia de los otros modelos de servicios sanitarios antes señalados.

Los primeros trabajos en ese sentido se publicaron en los años noventa (Elola, 1995, 1996) y sugerían la mayor eficiencia de los sistemas sanitarios organizados como Servicios Nacionales de Salud que la de los organizados como sistemas de Seguridad Social. En esos trabajos se ponía en evidencia, en primer lugar, que para niveles de renta similares, el nivel de gasto sanitario era más bajo en países con

Servicios Nacionales de Salud que en los que tenían sistemas de Seguridad Social. Los índices de incremento del gasto sanitario, un factor de preocupación en todos los países desde hace más de dos décadas, eran también más bajos en los primeros⁵. Por otra parte, la eficiencia global de los sistemas sanitarios de uno y otro tipo (medida en sentido inverso a la dotación tecnológica y a la intensidad de su utilización para niveles de necesidad sanitaria similar; o en cobertura poblacional y nivel de salud de las poblaciones correspondientes en relación con el gasto sanitario respectivo) era también mayor por parte de los Servicios Nacionales de Salud respecto de los de Seguridad Social (y mucho mayor todavía en relación con el sistema sanitario estadounidense, con alto grado de dotación tecnológica y nivel de gasto muy elevado que, sin embargo, deja sin cobertura alguna a un elevado porcentaje de población). Algunos trabajos más recientes (Wagstaff, 2009) han confirmado esa conclusión general de la mayor eficiencia, con arreglo a parámetros como los citados, de los Servicios Nacionales de Salud respecto de los organizados como sistemas de Seguridad Social.

Si se analizan los determinantes del gasto actual de los sistemas sanitarios, su ritmo de crecimiento progresivo en todas partes y las razones que determinan el grado de eficiencia de los mismos, esa valoración no es difícil de entender: superada una fase en la que se atribuía la justificación de ese incremento principalmente al envejecimiento de la población⁶, de lo que se trataban de derivar consecuencias políticas restrictivas en cuanto a los mecanismos de acceso a las prestaciones sanitarias⁷, en el momento actual “la literatura económica pone en relación el crecimiento de los beneficios sanitarios con costosos productos innovadores... Por supuesto, la tecnología no crece de manera espontánea. La tecnología se compra, y a un coste considerable. La voluntad por parte de los países desarrollados de pagar proporciones crecientes de sus ingresos por la

5 En el segundo de los trabajos citados se indica que entre 1972 y 1982 la relación entre el gasto sanitario y el PIB de cada país creció en los primeros un promedio de 2 puntos (el 32% del inicial), mientras que en los segundos el crecimiento fue de 2,9 puntos (el 52% del inicial).

6 En el momento actual, y en estudios muy diversos sobre distintos países o grupos de países, la repercusión de ese factor se ha considerado mucho más reducida en los países que de una u otra forma garantizan la atención sanitaria de toda la población. Se puede ver, por ejemplo, en ese sentido: OCDE (2006); Hartman (2007). Para nuestro país, esa tendencia ya se apuntaba en un antiguo trabajo de Fuentes Quintana y Barea (Fuentes Quintana, 1996). Puede verse también Ahn (2003). Esta valoración se asume ya sin ninguna discusión en un reciente informe, patrocinado por la patronal de seguros UNESPA (2010), sobre los efectos del envejecimiento en el futuro del Estado de Bienestar, en el que se indica (p. 27) que: “las causas de crecimiento de gasto en el pasado hay que buscarlas más en la mejora de las prestaciones y en la universalización de su disfrute que en los cambios demográficos. En España, como en el resto de la OCDE, el factor demográfico ha contribuido en poco más del 10% al incremento del gasto. En realidad, su evolución tiene un importante componente discrecional, relativo a la cartera de servicios que se ofrecen y al ritmo e intensidad de la incorporación de las novedades tecnológicas y terapéuticas”.

7 Un ejemplo de estas puede considerarse el establecimiento de copagos disuasorios a los pensionistas españoles para el acceso a los medicamentos, que en este momento todavía les resultan gratuitos, lo que fue propuesto por primera vez por el llamado Informe Abril en 1991.

tecnología médica avanzada y los nuevos medicamentos sugiere que la salud es un *bien de lujo*, con una elasticidad mayor que uno” (Hagist, 2005)⁸.

Frente a esa causa principal de incremento del gasto sanitario, determinante, a su vez, de la eficiencia de los sistemas de salud, los constituidos de la forma descrita como Servicios Nacionales de Salud ofrecen ventajas constitutivas innegables:

- La facilidad para utilizar economías de escala en el uso de los recursos, incrementando su capacidad de negociación frente a los proveedores. Los sistemas de compra de esos Servicios y la distribución de los recursos en cada uno de ellos, si funcionan de manera integrada, pueden beneficiarse de los mecanismos de coordinación y planificación propios de su forma de constitución.
- La integración tanto horizontal como vertical propias de esta clase de servicios permiten el mantenimiento a un nivel reducido de los costes de transacción, que son mayores en los modelos basados en contratos de una u otra naturaleza entre las entidades responsables de la financiación y la cobertura y las que, públicas o privadas, llevan a cabo de manera independiente la provisión de los servicios. La variabilidad de estos costes entre unos y otros sistemas es muy amplia: oscila entre las cantidades cercanas al 25% del gasto sanitario total en el sistema estadounidense (cuyo nivel de gasto global ya hemos comentado) y el 3%-4% que, según las estadísticas anuales de la OCDE, se da en los países caracterizados como Servicios Nacionales de Salud.
- Los servicios integrados, como los que son propios de los Servicios Nacionales de Salud, tienen una mayor capacidad de control de la introducción de las nuevas tecnologías, pues evitan la adopción de decisiones independientes por proveedores distintos, que resultan siempre favorecedoras de la tendencia al incremento del gasto como consecuencia de la utilización de las nuevas tecnologías como factor de diferenciación en un contexto de competencia entre proveedores.
- La existencia de servicios integrados que garantizan la protección sanitaria universal permite además el uso de los recursos disponibles por toda la población, lo que, aunque puede plantear problemas de distribución (un ejemplo característico pueden ser las listas de espera), reduce los recursos necesarios para atender a grupos similares de población, facilita una mayor utilización de los mismos como expresión de eficiencia y, desde el punto de vista de la equidad, evita diferencias en el acceso por razones ajenas a la necesidad sanitaria.

8 Con el mismo carácter categórico de esa afirmación anterior se puede ver también en Fuchs (2008): “Los avances en la medicina son la razón principal por la que el gasto sanitario ha crecido a un ritmo anual de un 2,8% superior al del resto de la economía”; una valoración que, a su vez, se soporta en un trabajo anterior de Pauly (2005). Sobre el papel dominante en el incremento de los costes sanitarios del desarrollo de nuevas tecnologías y el uso intensivo de las desarrolladas previamente, con una reducida tasa de sustitución, se puede ver también Callahan (2003).

- La intervención del médico general como vía ordinaria de acceso al sistema, característica de los Servicios Nacionales de Salud, contribuye a racionalizar el acceso a los recursos más costosos, cuya prescripción directa les está en muchos casos limitada. Se ha calculado que el 80% de los pacientes en los SNS utiliza esa vía de acceso, mientras que en los sistemas de Seguridad Social solo el 15% lo hacen.

3) Un tercer tipo de análisis se ha venido dirigiendo a estudiar la satisfacción de la población con sus servicios sanitarios y a comparar aquella entre los diferentes modelos de organización. Los instrumentos utilizados en este caso vienen siendo encuestas realizadas de manera simultánea y con la misma metodología en diferentes países, en cuyo desarrollo ha venido participando además un equipo de investigación casi idéntico a lo largo del tiempo (véase, p. ej., Blendon, 1990, 1991).

Desde las primeras encuestas de esas características llevadas a cabo, la primera observación valorable es que el grado de satisfacción de las opiniones públicas de diferentes países con sus servicios sanitarios guarda también una relación directa con el gasto sanitario per cápita de cada país, de manera que a mayor nivel de gasto se observa un mayor grado de satisfacción. La única excepción que se puede observar en este caso es de nuevo, como en el de la relación entre gasto sanitario per cápita y nivel de renta, la de Estados Unidos. En ese caso, niveles de gasto sanitario desproporcionadamente elevados se acompañan de un muy bajo grado de satisfacción de la población con sus servicios⁹.

Por otra parte, dejando al margen esa excepción, si la comparación se hace entre modelos de servicios sanitarios, los resultados son indicativos de una situación contraria a la descrita en cuanto a niveles de eficiencia y gasto sanitario, de manera que el grado de satisfacción de la población general parece mayor en los sistemas de Seguridad Social que en los Servicios Nacionales de Salud.

La interpretación más general de estos resultados ha tendido a subrayar la posibilidad de que elementos como el mayor grado de libertad de elección de quien proporciona la atención, fundamentalmente el médico, y el acceso más fácil a la atención más intensiva en tecnología que se da en los sistemas de Seguridad Social como consecuencia de su forma característica de organización, sean los principales justificantes de esos mayores niveles de aceptación de la atención recibida. Cabe recordar, sin embargo, que esos elementos se asocian a niveles más elevados de gasto sanitario y a una eficiencia global menor.

Por otra parte, los niveles de satisfacción tienen también probablemente que ver con los métodos utilizados por cada clase de sistemas para racionalizar el uso de los recursos y prestaciones.

⁹ No puede tampoco olvidarse que en estas encuestas lo que se valoran son los promedios de opinión de la población general, lo que en el caso de Estados Unidos incluye a una proporción significativa de personas que disponen de una protección precaria o incluso que carecen totalmente de ella.

En los Servicios Nacionales de Salud, dada su cobertura universal, el único procedimiento posible para alcanzar ese fin es el establecimiento de mecanismos de prioridad que tengan en cuenta el momento de la demanda y la ponderación de la necesidad o gravedad del paciente. Sea cual sea el método seguido para ordenar las demandas, estas derivan necesariamente en el establecimiento de listas de espera para el acceso a los servicios, cuya gestión y expresión ante los medios de comunicación, con cifras y en términos de dudosa utilidad sanitaria real¹⁰, se han convertido, sin embargo, en todos los países que disponen de esta clase de sistemas en el principal talón de Aquiles de los mismos ante la opinión pública, como sistemáticamente recogen las encuestas de opinión entre la población, que evalúa las mismas como el principal problema de sus sistemas públicos de atención¹¹.

Por el contrario, en los sistemas de Seguridad Social, diversificados por su misma naturaleza entre proveedores distintos, lo que dificulta o incluso impide la presentación de estadísticas homogéneas sobre las demoras y esperas para los mismos procedimientos, que también existen (y no digamos ya en el sistema sanitario estadounidense), la priorización del acceso se pone ante todo en relación con la capacidad de pago, bien porque se dispone de cobertura organizada por el propio sistema o de medios económicos propios para acceder a los cuidados necesarios. Por otra parte, en esta clase de sistemas son más comunes los tickets moderadores o copagos, o los pagos anticipados, como los descritos en el caso de Francia. Estos últimos mecanismos, para los que por otra parte se buscan instrumentos que puedan soslayarlos¹² o excepciones para el pago de los mismos por los grupos de población de menor capacidad económica, no reciben, pese a sus efectos potenciales, un rechazo público similar al que suscitan las listas de espera para el acceso a los servicios sanitarios, lo que es un dato más para sugerir la transformación que se ha producido de la atención sanitaria en un bien de consumo, antes que en un instrumento dirigido de manera primordial a la protección y mejora de la salud.

1.4 Peculiaridades de los sistemas públicos sanitarios federales o descentralizados

De entre los países que constituyeron servicios públicos de salud en las condiciones y los períodos indicados, los únicos inicialmente dotados de una organización federal

10 Véase, por ejemplo, Canadian Health Services Research Foundation (CHRSF) (2005), o Rachlis (2005).

11 Algunos estudios han sugerido desde hace tiempo que los tiempos de espera, para los que se están estableciendo límites garantizados en muchos países, son más importantes para los pacientes que el número de personas en las listas, que es la cifra, muchas veces agregada y sin diferenciar por patologías ni gravedad de las mismas, entre otras deficiencias habituales de presentación, que se utilizan habitualmente. Véase, por ejemplo, BMA News, 12 de abril de 2000. Accesible en www.bma.org.uk.

12 En Francia se han llegado a constituir reaseguros para cubrir el pago anticipado, una forma de evitar los efectos de este último, que se ha pretendido suprimir en diferentes ocasiones sin éxito, para mejorar la eficiencia del sistema.

eran Alemania y Estados Unidos, cada uno representativo, a su vez, de dos modelos de federalismo denominados respectivamente como “cooperativo” y “competitivo” en la literatura política.

De ellos, en Alemania, como se ha destacado, la organización de los servicios sanitarios siguió el patrón de Seguridad Social descrito, del que constituye el modelo más característico. De resultas de lo cual, las autoridades políticas de los *Länder* son en lo sustancial ajenas a la gestión de la atención sanitaria, que, con arreglo a la descripción realizada, llevan a cabo las cajas de seguro constituidas a esos efectos. Las autoridades de los *Länder* tienen responsabilidad sobre las competencias en salud pública, así como la propiedad y la gestión de algunos hospitales. Esa situación hace que algunos de los problemas característicos de los países federales, como el de la financiación de las entidades de nivel regional (los *Länder*), no resulten esencialmente de aplicación a la atención sanitaria, que tiene otra vía de organización y financiación; y que el papel del gobierno federal en la coordinación y funcionamiento homogéneo de su sistema sanitario no se deba proyectar solo ni principalmente sobre las entidades regionales mencionadas¹³.

Por su parte, desde el punto de vista sanitario, Estados Unidos constituye la excepción que se ha descrito en el contexto de los países desarrollados, en el sentido de no disponer de una u otra forma de organización de su sistema sanitario que garantice la cobertura pública de la atención sanitaria a toda su población. La implicación tanto del Gobierno federal como de los Estados en la protección sanitaria tiene la extensión limitada anteriormente descrita.

En cuanto a los países nórdicos, ya he hecho referencia a las características de tamaño y distribución de la población y a la organización política descentralizada de la que están dotados, basada principalmente en la atribución de competencias también en lo sanitario a unas entidades caracterizadas como “regiones” o condados, que agrupan a entidades locales de menor tamaño. Todo ello hace que su situación, también en el terreno sanitario, sea poco comparable a la de otros países de tamaño poblacional mayor y con una organización política diferente.

Algunos países dotados de una organización de sus servicios sanitarios acorde con su caracterización como Servicios Nacionales de Salud han llevado a cabo en las últimas décadas, con posterioridad a la constitución de aquellos, procesos de descentralización política (de “devolución” con arreglo a la terminología utilizada en los análisis de los mismos¹⁴) de las competencias sanitarias a entidades regionales o de nivel equivalente. Entre ellos se encuentran el Reino Unido e Italia.

13 Sobre la constitución, desarrollo y funcionamiento del sistema sanitario alemán, es de especial interés el informe elaborado por el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios (Busse, 2004).

14 Véase a este respecto Rey del Castillo (1998).

De los dos, el Reino Unido constituye un ejemplo atípico: antes de ceder competencias, sobre todo en materia de salud pública a las naciones que lo componen (Escocia, Gales e Irlanda del Norte, además de Inglaterra) (Greer, 2002, 2004, 2008, 2009), el Servicio Nacional de Salud (NHS) ya se gestionaba de manera independiente en cada una de ellas por el Ministerio responsable de la gestión de todos los servicios. Por otra parte, cada una de ellas recibía, a través del Ministerio respectivo, una financiación independiente, calculada mediante una fórmula (de Bartlett) que por razones históricas soportaba enormes diferencias en la financiación per cápita de unas y otras. El sistema de distribución de la financiación sanitaria sobre bases poblacionales y de riesgo sanitario, conocido como RAWP, por la denominación (*Resource Allocation Working Party*) del grupo que diseñó la primera fórmula de distribución, modificada después en varias ocasiones, que ha servido con frecuencia de ejemplo en los debates sobre la financiación del sistema sanitario español descentralizado, no ha tenido nunca como objeto la distribución de los fondos destinados a la financiación sanitaria entre las naciones referidas, que serían equivalentes a las comunidades autónomas (CC AA) españolas incluso en su diversidad y distinto tamaño, sino la distribución de esos fondos entre las “regiones” inglesas, entidades de menor tamaño, de naturaleza no política y sin otra proyección que la organización del propio NHS.

Por su parte, Italia llevó a cabo un proceso de “devolución” de las competencias en atención sanitaria a las regiones italianas en un plazo similar al español, con contenidos también semejantes a los del procedimiento llevado a cabo en nuestro país (France, 2001; 2006). Quizá la diferencia más relevante del caso italiano respecto del español es el mantenimiento de una parte menor de la financiación sanitaria en manos del Gobierno central, aunque constituida sobre la base de aportaciones regionales, con objeto de mantener la equidad en la atención sanitaria prestada en las regiones, que, sin embargo, tiende a diversificarse en intensidad de las prestaciones¹⁵ y en extensión de la cobertura y eficiencia de la asistencia.

Así las cosas, casi el único país y el más característico de organización federal que ha llevado a cabo actuaciones de constitución de un servicio público universal de salud es Canadá. Tales actuaciones, que se concretaron en la *Canada Health Act* de 1970, se llevaron a cabo, como puede observarse por la fecha de la ley, en un período un poco posterior al de la constitución de los servicios públicos de salud universales en otros países. Con todo, esa condición casi exclusiva de establecimiento de un servicio de esas características en un país de organización federal merece conceder una atención específica a algunas de las condiciones del proceso constituyente y la organización sanitaria resultante en ese país. Entre ellas se destacan las siguientes:

a) En primer lugar, la extensión universal de la cobertura sanitaria constituyó por sí misma un hecho nuevo, que suponía una ruptura manifiesta con la situación anterior y, en ese sentido, una expresión de aspiraciones igualitarias y solidarias específicas, en línea con lo descrito en otros países en una época un poco anterior.

¹⁵ Sobre el caso de la prestación farmacéutica, véase Jommi (2003).

Hasta ese momento la protección sanitaria estaba bajo la responsabilidad de las provincias canadienses, equivalentes a nuestras CC AA y también muy diversas en sus características poblacionales y territoriales, cada una de las cuales mantenía con las demás grandes desigualdades tanto en extensión poblacional de la cobertura como en amplitud de la prestación, como consecuencia en buena parte de la incapacidad económica de la mayoría de ellas para prestar con sus propios recursos y de manera independiente atención sanitaria a su propia población.

b) Un segundo aspecto a destacar es que la universalización de la protección sanitaria en condiciones de igualdad para toda la población se llevó a cabo sobre la base de una aportación económica federal equivalente, en el momento del establecimiento de la misma, a la suma de las aportaciones realizadas hasta entonces por cada una de las provincias para la atención sanitaria de su propia población. Es decir, en relación con la universalización de la cobertura sanitaria, con la aportación federal se duplicó la financiación dedicada a esos fines.

Para ello se constituyó un sistema de aportación financiera federal específico y de carácter finalista (el *Health and Social Transfer*), en el que las aportaciones a la financiación sanitaria se suman a las dirigidas al sistema educativo, que se distribuye entre las provincias con arreglo a criterios específicos diferentes de los de la financiación federal de otras responsabilidades provinciales.

Dejando aparte otros aspectos de ese sistema específico de financiación (que en todo caso cabe señalar que ha ido derivando desde mecanismos de transferencia financiera a la cesión de impuestos), el aspecto más importante a destacar es que la aportación federal de una parte sustancial de la financiación sanitaria constituyó en el inicio y aún sigue constituyendo el instrumento esencial para el mantenimiento de la protección sanitaria universal, que, sin embargo, sigue siendo gestionada por las provincias. La mejor prueba de ello es que en los últimos años, a medida que el Gobierno federal ha ido intentando reducir su aportación, han ido aumentando las tensiones entre el gobierno federal y las provincias por el mantenimiento de algunas de las condiciones esenciales de la protección sanitaria a las que se alude a continuación, sin que en todo caso se haya llegado a producir una ruptura del sistema.

c) El tercer aspecto a destacar es, precisamente, la forma de coordinación establecida para mantener el carácter universal de la protección sanitaria a la vez que esta se sigue gestionando por las provincias.

En el momento de adoptar la decisión universalizadora en la Ley citada, se establecieron en la misma cinco condiciones generales de la atención sanitaria prestada que debían ser mantenidas por las provincias en su gestión. Esas condiciones son las siguientes (OCDE, 1995: 35 de la versión española):

- En primer lugar, la propia “universalidad” de la atención a todos los ciudadanos canadienses.
- En segundo lugar, la “portabilidad” o “transferibilidad” del derecho a la atención sanitaria por parte de cualquier ciudadano canadiense a cualquier territorio del país distinto al de su residencia habitual, bien de manera programada y acordada u ocasional. En aplicación de esa condición y sin perjuicio de las compensaciones económicas posteriores entre provincias que están establecidas conforme a un método común, ningún ciudadano canadiense puede ser rechazado ni postergado en su atención en cualquiera de las provincias por razón de no ser atendido en la propia.
- En tercer lugar, la “accesibilidad” a la atención sin cargas económicas (copagos) en el momento de acceder a la atención. Esta condición se estableció y se mantiene por considerar que los copagos o tasas son un instrumento disuasorio del consumo sanitario no equitativo y por razones de capacidad económica, y no de necesidad real de la atención, lo que constituye una ruptura esencial de la garantía universal de la protección.
- El cuarto aspecto es la “provisión pública”, que está en relación con que la disponibilidad de instituciones de esa naturaleza debe constituir la base del sistema para mantener su carácter universal. Esta condición se ha traducido, además, en la prohibición todavía vigente, pese a las dificultades para su mantenimiento en las cercanías del país vecino, donde las compañías privadas son la base de la atención, de que las compañías de seguros sanitarios, que no están prohibidas en Canadá, pero sí condicionadas y limitadas, mantengan ámbitos de cobertura de prestaciones que estén cubiertas por la protección sanitaria pública. Condición que parte de la consideración de que la competencia público-privada en el terreno sanitario constituye un obstáculo real para el mantenimiento de una protección sanitaria universal e igual para toda la población.
- La última condición es la “amplitud” de la protección sanitaria ofrecida, que debe incluir la atención primaria y la especializada sin otras limitaciones que las derivadas de una incorporación homogénea y acordada de la innovación tecnológica. Cabe destacar, en todo caso, que esta última condición excluyó del ámbito universal de la cobertura la prestación farmacéutica, que se sigue proporcionando de manera diferente, sobre todo en términos económicos, por cada provincia. El crecimiento progresivo del gasto generado por esta parte del consumo sanitario, unido a la diferente capacidad fiscal de las provincias, ha hecho imposible hasta ahora incorporar de manera homogénea a la cobertura universal esta prestación.

Lo más característico de la aplicación de esas condiciones de carácter muy general como instrumento de coordinación por el sistema sanitario canadiense es que el Gobierno federal es el responsable del control de su mantenimiento y que condiciona al mismo

el suministro de una parte limitada pero significativa de la financiación sanitaria de las provincias, de manera que, si se observa el incumplimiento de alguna de ellas, tiene capacidad para reducir una parte de esa aportación. Esta última situación, que no ha llegado a darse nunca, ha estado cerca de producirse en algunas ocasiones, en la mayoría de ellas por el intento de las provincias de mayor capacidad económica, como Alberta y Ontario, de aplicar algunos copagos para el acceso a los servicios como forma de aumentar su nivel de financiación. Las advertencias de una posible retirada parcial y proporcional de fondos por parte del Gobierno federal han venido sirviendo hasta ahora para impedir la aplicación de esas medidas por las provincias respectivas.

Aunque hay opiniones en sentido contrario derivadas de la experiencia de otros países (France, 2008), el funcionamiento de este tipo de mecanismos permite suponer que, en un sistema universal de gestión descentralizada, la garantía del mantenimiento de unas condiciones generales similares de funcionamiento coordinado del sistema y de niveles semejantes de protección para toda la población solo es posible si, además del carácter general de esas condiciones, no consistentes en el logro de niveles similares de dotación de recursos o de financiación per cápita, dos ejemplos de índices de referencia muy utilizados en otros países con escasa efectividad, se utiliza al servicio de la igualdad en la prestación y la coordinación en la gestión algún instrumento de financiación condicionada, siquiera parcial, de las entidades descentralizadas que realizan la gestión.

d) Otro elemento distintivo del sistema sanitario federal canadiense es la existencia de órganos específicos para la gestión, que resultan instrumentos esenciales para el funcionamiento coordinado del sistema.

Dos ámbitos que pueden servir de ejemplo de la constitución de esa clase de órganos son el de la información y las estadísticas sanitarias (en cuyo desarrollo interviene el Instituto Canadiense de Información Sanitaria, CIHI por sus siglas en inglés) y el de la evaluación de las nuevas tecnologías aplicables en este terreno (antes denominado Oficina Canadiense de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, COOHTA, que ha pasado a denominarse Agencia Canadiense para los Medicamentos y las Tecnologías Sanitarias, CADTH).

Lo peculiar de estos órganos es que no dependen del Gobierno federal, sino que están constituidos como organismos independientes sin ánimo de lucro, en cuyo mantenimiento y órganos de dirección participan tanto el gobierno federal como las provincias. Estas últimas son las que proporcionan los datos que dan soporte a los sistemas estadísticos y de información al servicio de la coordinación del sistema y son también las que, a través de sus sistemas de compras, aplican de manera homogénea las recomendaciones y sugerencias en materia de evaluación e incorporación de las nuevas tecnologías.

e) El último elemento destacable de la organización sanitaria federal canadiense es el importante apoyo político de que goza, pese a los problemas que le afectan, principalmente, como en otros países, en la línea del incremento de costes y las grandes

presiones que sufre para facilitar la introducción de la cobertura sanitaria privada, hasta ahora vedada.

Esa importancia política de los asuntos sanitarios, que por otra parte debe considerarse en relación con el arraigo del sistema de protección sanitaria entre la población canadiense, entre la que mantiene su popularidad y apoyo¹⁶, tiene un buen reflejo en el número de ocasiones en que la Conferencia de presidentes provinciales, que se reúne periódicamente en aquel país, ha centrado sus reuniones en el debate de su mantenimiento y mejora.

1.5 La evolución de los sistemas sanitarios públicos de otros países

La diversidad y el número de países en los que se han constituido sistemas sanitarios públicos en los últimos 60 años hacen imposible basar la descripción de este punto en el análisis individual de lo ocurrido en cada uno de ellos. Pese a todo, es posible hacer una descripción general de los rasgos comunes de la evolución de la mayoría de los sistemas sanitarios públicos de los países desarrollados e incluso deducir algunas diferencias en la orientación de los cambios ocurridos en buena parte de ellos según su forma de constitución como Servicios Nacionales de Salud o sistemas de Seguridad Social y, de manera separada, de lo ocurrido en Estados Unidos.

A) El problema del gasto sanitario en todos los países

El rasgo más común de la evolución de los sistemas sanitarios de países desarrollados es que en los últimos treinta años todos ellos han debido afrontar como problema principal el incremento progresivo del gasto sanitario.

Como ya se ha descrito, las explicaciones que pretendían atribuir de manera principal el crecimiento del gasto sanitario al envejecimiento de las poblaciones respectivas han ido siendo sustituidas a lo largo de la última década por la introducción aparentemente imparable y el uso escasamente controlado en cuanto a su eficiencia de las nuevas tecnologías sanitarias, incluyendo entre ellas de manera destacada los medicamentos.

B) Las tecnologías sanitarias y su uso, un problema de sostenibilidad principal de todos los sistemas sanitarios

Como consecuencia, en buena parte de la garantía de absorción de sus productos por los sistemas públicos (Weisbrod, 1991), los sectores generadores de esa clase de artículos se

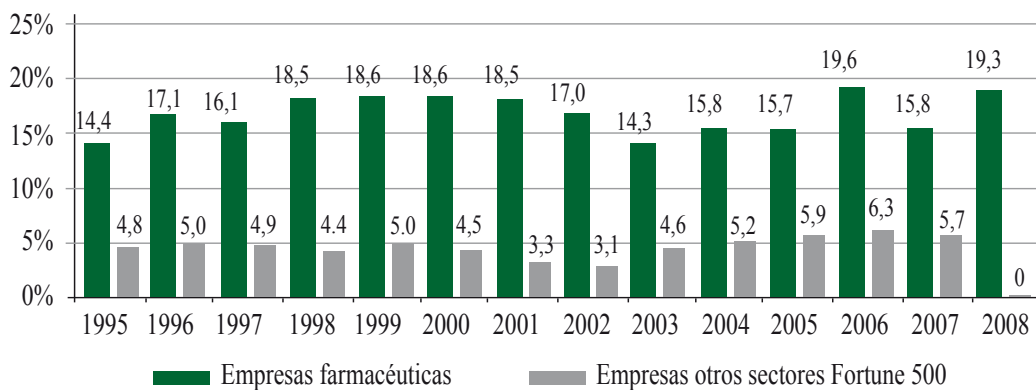
¹⁶ Las encuestas más recientes muestran que dos tercios de la población canadiense califican como muy bueno o bueno su sistema sanitario y la mayoría de la población comprende que el mantenimiento de un sistema sanitario robusto es indispensable para el buen funcionamiento de la economía del país, lo que lo convierte en la primera prioridad presupuestaria (*Canadian Medical Association*, 2009 y 2011).

han convertido en el sector de desarrollo productivo industrial más importante y ámbito preferente de inversión, en un contexto en el que otros sectores productivos han ido decayendo frente al predominio general de la economía financiera.

Para describir la potencia económica del sector industrial dedicado a la provisión de recursos técnicos a los servicios sanitarios, un antiguo editor de la prestigiosa revista médica *New England Journal of Medicine* acuñó la denominación de “complejo médico-industrial” (Relman , 1980), a semejanza de la utilizada dos décadas antes por el presidente Eisenhower, que se refirió al “complejo militar-industrial” en relación con la industria de armamento como determinante principal de la política industrial de Estados Unidos. Este último se encuentra ahora en regresión frente a la pujanza económica y presupuestaria del “complejo” sanitario (Keith, 2011).

Como ejemplo de cómo el sector farmacéutico, que forma parte de ese “complejo”, ha llegado a convertirse en el primer sector industrial actual, en el Gráfico 3 se comparan los beneficios netos obtenidos sobre activos después de impuestos por la industria farmacéutica en relación con otros sectores industriales estadounidenses entre 1995 y 2008 (tomado de la *Kaiser Family Foundation*). Lo mismo ocurre en términos de capitalización bursátil, lo que puede observarse en empresas de distintos países, algunas de las cuales, como las estadounidenses *Pfizer* y *Johnson&Johnson*, se encuentran entre las primeras del mundo por este concepto y otras, entre las de sus propios países de origen, como ocurre en Suiza, Reino Unido, Francia o Dinamarca, países todos ellos donde radican empresas destacadas de este sector.

Gráfico 3. Beneficios después de impuestos como porcentaje sobre activos de las empresas farmacéuticas norteamericanas en relación con las de otros sectores 1995-2008



Fuente: Kaiser Family Foundation 2010

Sin embargo, no se trata solo de la industria farmacéutica, que progresivamente se va fusionando (más bien absorbiendo) con las biotecnológicas para acceder a nuevos procedimientos para el desarrollo de medicamentos y ampliando las líneas de producción con otras nuevas (por ejemplo, el desarrollo de medicamentos “individualizados”). Están también las relacionadas con otras tecnologías como la electro-medicina, o las que desarrollan la aplicación de los ultrasonidos o de diferentes tipos de radiaciones solas o en combinación con la informática más desarrollada al diagnóstico y el tratamiento de numerosas enfermedades.

La contribución de esta clase de nuevas tecnologías al crecimiento del gasto sanitario es indudable y en ello influye de manera destacada la velocidad de su absorción por los sistemas sanitarios de los distintos países¹⁷. En todo caso, en condiciones dudosas de control previo de su eficiencia y su valor añadido frente a las previamente disponibles. Es también característica su escasa relación de sustitución, de manera que la mayoría de las previamente disponibles se siguen utilizando en gran parte de los casos tras la introducción de una nueva sin renunciar a su uso por esa razón, lo que contribuye también al incremento poco eficiente del gasto.

Otra particularidad de estos sectores es estar dominados por empresas transnacionales muy potentes, cuyos presupuestos globales superan en muchos casos a los de los gobiernos respectivos, a los que son capaces de imponer sus deseos¹⁸ (Callahan, 2003). Un factor determinante son sus resultados económicos, que se dirigen ante todo a satisfacer los intereses del propio sector y no tanto las “necesidades” de los servicios (y de las poblaciones) a los que va dirigida su producción¹⁹.

17 En el mismo texto citado antes en el que se atribuye el crecimiento del gasto sanitario principalmente a la absorción sin control de las nuevas tecnologías (Hagist, 2005), se pone como ejemplo la adquisición de escáneres en el sistema sanitario español: partiendo de unas cifras de escáneres por millón de habitantes 7 veces inferiores en 1984 (1,6/millón) a la de Estados Unidos (11/millón), en 2001 las cifras se habían casi igualado (en ese año España disponía de 12,3 escáneres/millón de habitantes y 12,8 Estados Unidos).

18 Véase, por ejemplo, Benito E. de (2011): “Los documentos del Departamento de Estado. EEUU presionó contra los genéricos”.

19 Según Krimsky (2003:78): “una cultura de la ciencia guiada por intereses privados da como resultado que los científicos persigan el conocimiento en ciertos campos en los se manejan problemas en los que existen intereses comerciales; una pauta que se sigue a expensas y en detrimento de otros problemas que suponen un pequeño interés comercial, aunque tengan un gran interés público. Esto es lo que está ocurriendo de hecho en ciertos campos de la biología. Por ejemplo... se dedican muchos más recursos a investigar las bases celulares y genéticas del cáncer que a los factores medioambientales. Por otra parte, la pérdida del “desinterés” por parte de los científicos acompaña el declive de su orientación hacia los problemas de interés público. Cuanto mayor es el alineamiento del interés de la universidades con el de las organizaciones industriales, mayor es la misma inclinación por parte de los científicos”. A esta cuestión se dedica un capítulo completo, el undécimo, del texto indicado, titulado “La desaparición del interés público de la ciencia”, en la que esa tendencia se pone en relación con las nuevas orientaciones en la estructura y financiación de las universidades. Sobre la orientación de la innovación al desarrollo de nuevos productos de efectos similares a otros previos pero precio más elevado y en ocasiones efectos secundarios menos favorables, se puede ver, como reciente ejemplo concreto, Schömig (2009).

La capacidad de influencia y control de estos sectores industriales alcanza también a otras facetas de su actuación²⁰: mediante mecanismos diversos, en especial la publicidad, pero también el patrocinio de las asociaciones de pacientes de diferentes patologías, se induce la demanda del consumo de sus productos por los consumidores finales, que son los pacientes; pero son también conocidas las actividades de inducción de la prescripción de los productos por los médicos, mediante instrumentos individuales (incentivos económicos directos e indirectos) y colectivos (patrocinio de sociedades y actividades científicas). Por supuesto, las cantidades dedicadas a esos fines se derivan por mecanismos contables más o menos explícitos a los precios de los productos.

Más allá de esas influencias a nivel individual o colectivo sobre consumidores y prescriptores, son conocidos también los mecanismos de influencia sobre los propios reguladores de sus actividades: el mejor ejemplo son los *lobbies* estadounidenses, de entre los que los más activos en la actualidad son los sanitarios (Levinthal, 2010), que son los patrocinadores principales de las campañas de los candidatos en las elecciones de cualquier tipo que se celebran en ese país, lo que lleva a establecer los límites de las legislaciones que luego son susceptibles de aprobarse (Colombani, 2009; Eggen, 2009a y b; Krugman, 2009; Navarro, 2009). Que en los países europeos esas relaciones no estén formalizadas de la misma manera pública y en el mismo grado no quiere decir que no se den relaciones similares entre estos sectores productivos y los reguladores, con efectos semejantes sobre las regulaciones y los consumos de estos productos por los servicios sanitarios.

En el seno de los propios gobiernos de los países que disponen de servicios públicos de salud, las relaciones entre los departamentos o áreas de gobierno responsables de promover el desarrollo de estos sectores industriales, por su contribución a la producción y el empleo en cada país, y los que tienen la responsabilidad del mantenimiento de la protección sanitaria, suponen un ámbito de conflicto permanente²¹, con resultados variables. Estos dependen en buena parte de la situación política de cada momento, pero, como parece deducirse de la tendencia creciente del gasto sanitario atribuible en buena parte a las razones indicadas, transcurridos los períodos iniciales de constitución

20 En este sentido se puede ver también Rey Biel, 2005.

21 Véase a este respecto el caso del Reino Unido, un país que dispone de un sector industrial de tecnologías sanitarias bien desarrollado, en especial el farmacéutico, y que disponía del más caracterizado Servicio Nacional de Salud, el NHS, en Abraham (2009). La influencia desproporcionada de la industria en este caso se puede ver también en un informe del Comité de Sanidad de la Cámara de los Comunes británica de 2005 (House of Commons, 2005). Otro ejemplo de una regulación favorable a los intereses industriales frente a los servicios públicos de salud se puede encontrar en Estados Unidos. Allí *Medicare*, el sistema público parcial que atiende a la población jubilada, tiene prohibido por ley desde 2003 negociar (a la baja) con la industria los precios de los productos farmacéuticos utilizados por la población cubierta por ese sistema. El mantenimiento de esta prohibición, establecida bajo el segundo mandato presidencial de G.W.Bush, fue una de las condiciones establecida por la industria en negociaciones previas con el presidente Obama para no oponerse de forma frontal, e incluso mostrar su apoyo, a algunos aspectos de la reforma sanitaria promovida por este y finalmente aprobada en marzo de 2010. Más ejemplos del sesgo “proindustria” dominante en la mayoría de los países se puede ver en Rey del Castillo (2010b).

de los servicios de salud, en las últimas décadas el balance tiende a inclinarse a favor del desarrollo de estos sectores industriales, en detrimento de lo que pueda poner en cuestión la sostenibilidad de los servicios públicos de salud.

C) Los intereses de las compañías de seguros, otro problema importante de todos los sistemas sanitarios

Sin embargo, la transformación del sector sanitario de manera preferente en el ámbito de actividad de algunos de los sectores económicos más dinámicos no se agota con los sectores productivos indicados: la deriva general de la economía, potenciada por la globalización, hacia la actividad financiera como sector de desarrollo prioritario y mecanismo preferente de obtención de beneficios, tiene también su proyección sobre el sector sanitario, en el que el negocio del seguro sanitario ha pasado a ocupar un lugar de desarrollo igualmente preferente (Attali, 2006:171).

Lo característico de este ámbito es que el interés principal por el desarrollo de esta área de negocio, vinculada directamente, en mayor o menor grado según los casos, a los servicios financieros, se ha producido de manera especialmente sesgada a instancias de las compañías de seguro sanitario estadounidenses. Su desarrollo, vinculado al sistema peculiar de protección sanitaria establecido en aquel país, a cuyas características ya he hecho referencia, hace años que parece haber alcanzado su techo dentro de los límites de los propios Estados Unidos, sin que la perspectiva de la ampliación de la cobertura sanitaria a toda la población, incluso aunque esta se llevase a cabo por las propias compañías privadas de seguros, como de hecho ha patrocinado la reforma sanitaria promovida y cuya aprobación se logró hace un año por el presidente Obama, parezca satisfacer las expectativas de negocio de aquellas. Con independencia de que algunas de las condiciones de la ley hayan sido recurridas legalmente²², el conjunto de ellas supone una restricción manifiesta de las condiciones en las que se venía desarrollando hasta ahora el negocio del seguro sanitario en Estados Unidos, que está siendo combatido intensamente por las compañías de seguros a través de sus *lobbies*.

En todo caso, las limitaciones para expandir su negocio, incluso con las condiciones previas a la ley, provocaron que, desde hace años, las propias compañías aseguradoras vinieran presionando a su Gobierno, fuera demócrata o republicano, para que interviniera ante los de otros países con objeto de facilitarles su expansión en ellos. Las formas de ejercer esas influencias gubernamentales para favorecer a las empresas aseguradoras más potentes han adoptado formas distintas según las zonas geográficas a las que pertenecen los países en las que se han ejercido:

²² La más destacada, por considerarla inconstitucional, la de la obligatoriedad de la suscripción individual de una póliza de cobertura básica, fue valorada de manera diferente por tribunales de diferentes Estados, lo que abocó a la adopción de un criterio homogéneo por el Tribunal Supremo, cuyas funciones son semejantes a las de nuestro Tribunal Constitucional. Véase la nota 3.

- Para el caso de los países europeos occidentales, cuyas compañías de seguro privadas son, como consecuencia de la constitución de sus sistemas públicos de salud, menos potentes que las estadounidenses, el mecanismo de intervención que se puso en marcha hace ya tiempo fue la propuesta de inclusión de la actividad de aseguramiento y provisión de servicios sanitarios en el paquete de sectores abiertos al libre comercio e intervención de las empresas extranjeras en otros países que se negocian en las “rondas” de la Organización Mundial de Comercio (Pollock, 2000).

Como consecuencia de la constitución de sus sistemas de salud como servicios públicos, los países europeos citados también los venían excluyendo hasta ahora del intercambio comercial libre; una situación que se considera que ha cambiado, a medida que se han ido introduciendo la cobertura y la provisión privada en algunos de los países de servicios públicos de salud más caracterizados, como el Reino Unido. Esta situación ha acentuado las presiones estadounidenses para incluirlos en el libre comercio, sobre lo que todavía no se ha llegado a un acuerdo en las negociaciones citadas, pese a que la representación de la Unión Europea en esas negociaciones, en nombre de los países que la forman, mostró hace ya tiempo una posición favorable a esa posibilidad.

Por otra parte, viene siendo una constante la consideración de la prestación de servicios sanitarios por parte de las instituciones europeas, de manera destacada la Comisión, como un ámbito en el que deben primar también los valores, subyacentes a la propia construcción europea, de la libre circulación de actividades, mercancías y personas en el ámbito de la Unión, sobre la consideración de estos servicios como un terreno en el que establecer y lograr un ejercicio similar de derechos por parte de todos sus ciudadanos (Martinsen, 2009). La Directiva de servicios recientemente aprobada (DOUE, 2011), finalmente moderada en sus términos como consecuencia de las posiciones de algunos países, entre ellos España, que se podían ver muy perjudicados en términos económicos por las condiciones de libre circulación de pacientes y acceso a los servicios de otros países distintos al de origen previstas en sus primeras redacciones, es un buen ejemplo de esos valores preferentes en el ámbito de la Unión.

En todo caso, de cara a facilitar la libre circulación de pacientes y servicios en ese ámbito, las facilidades derivadas de disponer de compañías de seguros privadas con actividad en diferentes países, o con capacidad de llegar a acuerdos con otras compañías homólogas de países distintos, parecen evidentes frente a la dificultad de lograr acuerdos entre Estados que, por otra parte, siguen teniendo sistemas sanitarios de características diferentes, tanto en su organización como en sus prestaciones e incluso en el ámbito personal de la protección.

Todo lo cual parece sugerir que existe un clima favorable para que las pretensiones estadounidenses en materia de intervención de sus compañías de seguros sanitarios en Europa terminen confluyendo con las razones europeas para hacer posible esa situación.

- Para el caso de los países latinoamericanos e incluso para los antiguos países del este que tenían constituidos servicios de salud universales hasta la quiebra de sus sistemas políticos en 1989, las aseguradoras sanitarias estadounidenses más potentes, junto con la cadenas de hospitales más importantes de ese país, se han colocado a la cabeza, en alianza o no con entidades semejantes de los propios países, para colaborar en la extensión de la protección sanitaria en muchos de ellos, siguiendo patrones no universales, como los existentes en Estados Unidos, utilizando para ello programas de “cooperación” patrocinados por diferentes organizaciones internacionales (FMI, BID, OMS y OPS y otras) (Armada, 2001).

D) Una tendencia marcada a la reducción de la solidaridad en la organización de los servicios sanitarios

El interés económico creciente de la prestación y el consumo de servicios sanitarios como consecuencia del desarrollo de los sectores productivos y de los seguros se ha venido acompañando, en especial en los últimos años, de la reducción del sentido solidario que caracterizó la creación de los servicios públicos de salud.

Un primer ejemplo es la tendencia, observable en muchos países, a perpetuar los sistemas de protección preferentes y diferenciados que pudieran existir en cada caso para grupos determinados de población, definidos con frecuencia por pertenecer a sectores productivos prioritarios para el desarrollo económico de cada país, cuando se ha planteado la extensión general de la protección sanitaria a toda la población (Haggard, 2008; Rey del Castillo, 2010b:618-26).

Otro ejemplo desde situaciones diferentes es la tendencia que se ha puesto de manifiesto en los últimos años, a restringir o limitar el acceso a la atención sanitaria a la población inmigrante, en países europeos que tienen establecida una u otra forma de protección universal.

Dejando aparte el caso italiano, en el que las actuaciones de su actual Gobierno en el sentido indicado, como en otros, no parecen requerir de mayor justificación que la referencia al extranjero como causa de todos los problemas que afecten al país; restricciones de este carácter se han planteado también por ejemplo en Francia, un país de acogida tradicional. Allí, desde enero de este año se aplica a los extranjeros en situación irregular una tasa anual de 30 euros para poder acceder a la cobertura médica gratuita, denominada Ayuda Médica del Estado o AME, prevista para los sin papeles con menos recursos. La norma en el sentido señalado fue aprobada pocos días antes de que se hiciera público un informe conjunto de las Inspecciones Generales de Asuntos Sociales (IGAS) y Financiera (IGF) de noviembre de 2010 (Cordier, 2010), en el que se ponía en cuestión la eficacia y eficiencia de la medida, cuyos efectos, decía, podrían derivar incluso en un aumento del gasto, además de en perjuicios sanitarios para el resto de la población.

Estudios realizados en diferentes países, incluida España, han permitido comprobar que no son ciertos los “sobreconsumos” de servicios sanitarios supuestamente realizados por la población inmigrante en situación legal, que, por otra parte, en esos países contribuye por igual a su mantenimiento en la proporción tributaria correspondiente a sus ingresos (Moreno Fuentes, 2011; Stimpson, 2010).

Desde un punto de vista más amplio, la evolución de las sociedades democráticas no parece conducir con carácter general a la igualdad, en especial en términos socio-económicos, que no constituye siquiera un objetivo político pese a las afirmaciones en sentido contrario, sino más bien a la aceptación de los mayores niveles de desigualdad que se pueden observar en todas ellas (Rosanvallon, 1995). Desde el punto de vista de los servicios sanitarios, de la situación de solidaridad entre clases sociales diferentes que se dio en unas condiciones peculiares en la época de constitución de los servicios públicos de salud y que dio pie a caracterizar a estos como un resultado de la alianza entre las clases medias y las trabajadoras, se ha pasado a una situación en la que, además de una evolución compleja de las propias clases sociales y la constitución de un tercer grupo de “exclusión” social, que agrupa a un porcentaje significativo de población, “la alianza tradicional de las clases medias con las bajas se ha roto, siendo sustituida por una coalición entre las clases altas y las medias, debido a que estas últimas se han dado cuenta de que la provisión pública de protección y bienes sociales le resulta más cara que la compra directa en el mercado” (Esteve Mora, 1989).

Esta situación tiene además sus consecuencias inmediatas en otros terrenos, como el fiscal, en el que las posiciones de los partidos, también los de la mayoría de la izquierda real, tienden a proponer reducciones fiscales en sus programas y a hacer aceptable una posibilidad diferenciada de acceso a los servicios, en especial a los más costosos, en función de la capacidad económica de cada uno²³.

Todas esas situaciones y tendencias contribuyen a socavar la concepción de la protección sanitaria como un derecho de ejercicio igual para todos, pese a lo que se pueda establecer al respecto en las normas organizativas e incluso en las constituciones escritas de algunos países. A este respecto, hay que señalar, en todo caso, que el reconocimiento de ese derecho y de una forma igual de ejercerlo por parte de todos los ciudadanos no figura entre los derechos democráticos “básicos” o fundamentales en la mayoría de los países. Al igual que ocurre en España, su ejercicio se confía habitualmente a las respectivas normas organizativas de los servicios sanitarios, normas en las que, a su vez, es posible introducir diferencias en el acceso y la cobertura sanitaria en función de criterios diversos.

23 En el Reino Unido, en 2008, aún con Gobierno laborista, se llegó a plantear la posibilidad de que en los centros del NHS se pudieran administrar, de manera electiva por quien pudiera pagarlos, medicamentos novedosos para enfermedades graves, no incluidos en la cobertura pública. Véase DoH (2008). La propuesta provocó una importante polémica. Véase, por ejemplo, Dessai (2009).

Desde el punto de vista económico, ello ha dado lugar también a la generación de un concepto distinto al del “derecho” a la asistencia sanitaria, el de “equidad” en el acceso a los servicios sanitarios, que supone como principio de justicia el hacerlos accesibles a cada uno en función de su necesidad, y no, como derecho, en condiciones iguales para todos, un criterio derivado de la Teoría de la Justicia de Rawls, que, sin embargo, puede dar pie a la desigualdad real en protección sanitaria para distintos grupos de población.

E) Las respuestas comunes de los servicios sanitarios a los condicionantes externos de su evolución y a la crisis económica

La tendencia imparable al crecimiento del gasto sanitario por las razones anteriormente descritas ha provocado en todos los países dotados de una u otra forma de servicios sanitarios de protección universal reacciones en una misma dirección restrictiva, que ha dado lugar a actuaciones diferentes.

Algunas de ellas se han desarrollado de manera similar, aunque en distinto grado, en la mayoría de los países:

a) Ocurre así con **la creación de “agencias” u organismos dirigidos a evaluar la eficiencia de los nuevos productos, tecnologías y procedimientos que se van incorporando en progresión geométrica a la atención sanitaria.** Los resultados de esos nuevos productos en términos de contribución a la mejora de la salud a coste razonable son repetidamente puestos en cuestión, siendo, por el contrario, dicha incorporación, como ya se ha señalado, la causa actual más importante de aumento del gasto sanitario. El papel que se demanda de las agencias de evaluación de tecnologías es precisamente que valoren las nuevas tecnologías en términos de coste-beneficio o de coste-efectividad, pero en el cumplimiento de ese papel, las agencias deben afrontar problemas estructurales, así como en su relación con los servicios de salud, lo que hace que su contribución real a la mejora de la eficiencia de estos deba, por el momento, ser puesta en cuestión o, al menos, relativizada (Rey del Castillo, 2011; Solá Morales, 2011).

Por otra parte, el interés principal de las industrias productoras está en la entrada más rápida posible de los medicamentos en los mercados correspondientes²⁴. La presión consiguiente en pro de la rapidez en la comercialización es la que ha hecho imposible hasta ahora que los análisis de coste-beneficio o coste-efectividad de los nuevos productos puedan llevarse a cabo de manera adecuada antes de que se autorice su venta. Como consecuencia de ello, las agencias que pretenden llevar a cabo ese tipo de valoraciones y estudios se ven abocadas a hacerlas después de que esos productos, sean medicamentos o tecnologías de otro tipo, estén ya siendo utilizados por los servicios sanitarios; y a que las

24 Por la industria farmacéutica se pone repetidamente de manifiesto el coste que supone el retraso en el lanzamiento comercial de un producto: David (2009) estima que cada seis meses de retraso pueden suponer una pérdida, valorada en coste de capital (*Net Present Value*, NPV), de 100 millones de dólares, o una reducción de 0,5 puntos en beneficios sobre capital invertido (tasa interna de retorno, *internal rate of return*, IRR).

valoraciones realizadas se dirijan, no tanto o no solo, a hacer posible o no su uso por los servicios sanitarios que utilizan esas valoraciones, lo que corresponde solo a una parte de su actividad, sino también, de manera complementaria, a elaborar protocolos o patrones de uso recomendado de los mismos, en los respectivos servicios de salud.

Como en otros terrenos, el organismo creado en el Reino Unido para el desarrollo de esas funciones, conocido como NICE (las siglas de *National Institute of Clinical Excellence*), pese a que no está tampoco libre de influencias de las empresas productoras (Abraham, 2009), constituye uno de los ejemplos más desarrollados de esta clase de entidades, que se han creado en diferentes países²⁵.

b) Otro tipo de respuestas por parte de los servicios públicos sanitarios de todos los países a las presiones al alza del gasto sanitario ha sido la adopción de **medidas dirigidas a añadir vías de financiación de los servicios sanitarios y a introducir mecanismos de ordenación de la demanda para reducir el gasto:**

- Entre ellas cabe incluir los recortes de prestaciones atendidas por la cobertura pública y la ampliación de las aportaciones de los usuarios, en forma de copagos y tasas. En cuanto a estos, hay que partir de la base de que existían ya en todos los sistemas sanitarios, en especial para la dispensación de medicamentos, y que el nivel al que se mantienen en todos los casos no supone una barrera real al acceso, al menos para los grupos más amplios de población, además de que en muchos países existen mecanismos supletorios para facilitar la prestación a la población carente de recursos económicos suficientes. Italia, que en 2010 incluyó el pago de un euro por receta de medicamentos incluidos en la prestación pública, es el primer país europeo que ha introducido, a partir de mayo de este mismo año, el pago de una cantidad por utilización de los recursos con fines diagnósticos y por las consultas y estancias hospitalarias.
- Algunos países concretos han realizado algunas modificaciones de interés en sus sistemas, sin alterar las condiciones fundamentales de estos: Francia, por ejemplo, exige desde 2004 a todos los ciudadanos cubiertos por su sistema de Seguridad Social que se inscriban en la lista de pacientes de un médico general (que pueden cambiar sin limitación), al que se constituye así en “puerta de entrada” del sistema sanitario y cuya función es controlar el acceso a los especialistas (con la excepción de pediatras, psiquiatras para jóvenes hasta los 25 años, ginecólogos y oftalmólogos). La retribución de los médicos generales incluye ahora además una parte fija dirigida a que actúen como coordinadores de la atención de pacientes crónicos, además del tradicional pago por acto médico, reembolsable total o parcialmente (Degos, 2008).

25 Una descripción de la situación y la historia de la evaluación de las tecnologías sanitarias en hasta 34 países, entre ellos España, se puede encontrar en el Suplemento S1 del volumen 25, del año 2009, de la revista *International Journal of Health Technology Assessment in Health Care*. También se puede ver Rey del Castillo (2011), para comprender las limitaciones en la actuación de este tipo de organizaciones.

Medidas en el mismo sentido han sido adoptadas también en Alemania, un país en el que el número de médicos especialistas supera con creces el de médicos generales. La repercusión de este tipo de medidas en ambos países ha sido hasta ahora poco significativa (en Alemania solo 5,9 de los 31 millones de personas con opción a inscribirse en las listas de un médico general lo han hecho hasta ahora) y, en todo caso, ha habido escasos cambios en los patrones de consumo sanitario en ambos países, en los que la posibilidad de acceder directamente al especialista y elegir entre ellos parece profundamente arraigada.

- Por otra parte, en Alemania (Gómez, 2010) a finales de 2010 se han elevado las cotizaciones sociales del 14,9% al 15,5% del salario bruto, a expensas del aumento de la aportación de los trabajadores, que pasa a suponer el 8,2% del salario, mientras que el empleador sigue aportando el 7,3% restante. Al mismo tiempo, se ha hecho posible el “pago por adelantado” de los servicios médicos, cuya factura podrá después enviarse a la mutua correspondiente para solicitar su reembolso. Esta medida se considera que puede provocar desigualdades en el acceso, pues para el que no quiera acceder al prepago (previsiblemente los pacientes de menor capacidad económica cubiertos por cajas públicas) se podrá seguir efectuando directamente el cobro por el profesional a la aseguradora según las tarifas públicas preestablecidas. Estas, sin embargo, pueden ser superadas sin garantías de devolución completa en el sistema de prepago (al que previsiblemente accederán con preferencia los 8,5 millones de ciudadanos, un poco menos del 10% de la población, que dispone de seguros privados).
- En otros terrenos, algunos países han comenzado a restringir la prestación de ciertos servicios de especial complejidad por hospitales de menor tamaño y volumen de atención: se ha hecho así en Holanda (Sheldon, 2010) para la cirugía de cáncer de mama a instancias de algunas de las aseguradoras de mayor tamaño. Por su parte, en Alemania, tras las recomendaciones del IQWiG, la agencia de evaluación de tecnologías de ese país, y pese a la oposición de las asociaciones de médicos y hospitales, se ha limitado el número de centros en los que se puede prestar atención a niños de muy bajo peso al nacer, en función de ciertos volúmenes mínimos de atención prestada en los últimos años (Tuffs, 2010).
- Las medidas de control del gasto han afectado también en la mayoría de los países, como es lógico, al sector farmacéutico, un ámbito que es uno de los determinantes principales del gasto sanitario por tratarse de uno de los sectores potencialmente más abiertos al libre comercio de productos. Este, sin embargo, por razones de diferencias de precios y de intereses de las propias industrias en defensa de sus patentes, está sometido a amplias regulaciones.

La reglamentación de los precios que se lleva a cabo en la mayoría de los países europeos les diferencia de Estados Unidos, donde el establecimiento de los precios de los nuevos productos es libre y globalmente más elevado, aunque, según algunos estudios, proporcional a la diferencia en promedio de nivel de renta de cada país (Danzón, 2003).

Esa tendencia a que los precios sean más altos si se establecen de manera libre la confirma Alemania, el único país europeo que seguía esa pauta hasta hace poco tiempo y en el que los precios de los productos farmacéuticos nuevos son los más elevados de Europa.

La coincidencia de la situación alemana con la estadounidense se extiende también a la imposibilidad establecida legalmente de que los sistemas públicos (las cajas de seguro alemanas; *Medicare* y *Medicaid* en Estados Unidos) negocien a la baja los precios de los medicamentos a aplicar por los propios sistemas. En Alemania esa cláusula se suprimió del código legislativo en 2007. Por el contrario, en Estados Unidos, donde la cláusula se introdujo en 2003, como se explica en la nota 22, el mantenimiento de esa prohibición, junto con otras condiciones pactadas con la industria, fue condición previa indispensable para que la industria farmacéutica no se opusiera con toda su capacidad de presión a través de los lobbies a la reforma sanitaria del presidente Obama.

Las actuaciones que se vienen dando en todos los países desde hace años para controlar el gasto farmacéutico incluyen una compleja combinación de medidas, entre las que se incluyen la utilización de genéricos (Iñesta, 2007), el establecimiento de precios de referencia, los listados positivos y negativos de medicamentos a utilizar por cada servicio de salud y otras (Iñesta, 2005). Una característica importante de ese conjunto de medidas es que ninguna de ellas por sí sola es capaz de obtener el resultado de control deseado y, pese a que las adoptadas por cada país son diferentes y acondicionadas a las peculiaridades de cada uno, el resultado en el conjunto de Europa es relativamente homogéneo, de manera que, conforme a las estadísticas de la OCDE, el promedio de gasto público en medicamentos utilizados fuera de los centros sanitarios (recetas) es de alrededor del 15% del gasto público sanitario de cada país. Por otra parte, las regulaciones en los países europeos tienden a hacerse cada vez más homogéneas (por ejemplo, en materia de patentes), a la vez que las empresas del sector presionan para tratar de evitar el problema de las importaciones paralelas de medicamentos desde los países en los que los precios de los medicamentos son más bajos, lo que ha dado lugar a distintas demandas ante los tribunales de justicia europeos y a una regulación específica de esta cuestión.

c) La crisis económica más reciente ha provocado que, a las medidas adoptadas en cada caso para controlar esta partida del gasto de los servicios públicos, se les hayan añadido otras:

- Así, por ejemplo, en Italia, en mayo de 2010 se produjo la reducción de un 12,5% en los precios de los medicamentos que habían acabado la patente, descendió el margen de la distribución del 6,65% al 3% y se estableció la obligación por parte de las oficinas de farmacia de realizar un 3% de descuento extra en la factura de los medicamentos del Sistema Nacional de Salud. Por presiones de los representantes de aquellas, tres meses después, en julio del mismo año, se rebajó el descuento a realizar por las propias oficinas en sus facturas a un 1,82%, a la vez que se regulaba una reducción añadida de los precios de los medicamentos sin patente de un 1,83% (García del Río, 2011). Por otra parte, a partir de este mismo año las compras de

productos por los centros del sistema sanitario público deberán hacerse en cada caso al precio más bajo ofrecido en licitación²⁶.

- Los precios de los medicamentos sin patente se redujeron inicialmente en Grecia, país especialmente afectado por la crisis económica, entre un 20% y un 27%. Tras la retirada de los productos de dos laboratorios como consecuencia de esas medidas (Watson, 2010), se ha puesto en marcha un sistema de determinación de precios que se revisan tres veces al año, teniendo en cuenta el promedio de los precios más bajos disponibles en 22 países de la Unión Europea (los 26 si se excluye la propia Grecia, menos Dinamarca, Estonia, Malta y Suecia). Este nuevo sistema ha conducido a una reducción del promedio de precios de los productos revisados de alrededor del 20%.
- Alemania, además de, como ya se ha mencionado, retirar la prohibición de negociar los precios aplicables a la cobertura pública, ha fijado un precio máximo para los medicamentos que todavía mantienen la patente y ha modificado las normas por las que se regulan los precios para introducir criterios de coste-efectividad y el uso de los Precios de Referencia Internacionales en su determinación (Garau, 2011).
- En Francia, después de llevar a cabo una reducción de precios del 0,5% en 2009, que no logró atajar el ritmo de crecimiento del gasto sanitario global, en julio de 2010 se adoptó por la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados (CNAMTS, según la denominación francesa) un conjunto de 21 medidas dirigidas a obtener una reducción del crecimiento del gasto sanitario en 2011 al 2,9%. Entre ellas se incluían los incentivos retributivos a la prescripción de genéricos, la reforma del sistema de precios de los productos biotecnológicos, la igualación y reducción de precios de los productos de efectos terapéuticos similares y la racionalización del uso de las tiras para diabéticos, con límites personalizados para su reembolso.

En todos esos campos, las medidas adoptadas en respuesta al incremento del gasto sanitario, pese a las diferencias apuntadas en cada caso, responden en su conjunto a patrones comunes en todos los sistemas de salud.

F) Algunas medidas específicas: las reformas estructurales introducidas en algunos servicios nacionales de salud

a) La introducción de mecanismos de mercado en algunos servicios nacionales de salud

La introducción de mecanismos de mercado en servicios nacionales de salud caracterizados, con arreglo a lo ya descrito, por un funcionamiento integrado de los servicios, en su

²⁶ Véase ESMT “European drug prices to be slashed”. www.emedcareers.com/pipeline/2010/07/30/european-drug-prices-slashed.

mayoría de propiedad y titularidad pública; por una relación jerarquizada entre niveles asistenciales, entre los que la atención primaria ocupaba el lugar de puerta de entrada al sistema; y por una distribución territorial de los recursos según criterios planificados, unas condiciones de las que se derivaban las ventajas en términos de eficiencia de los servicios públicos configurados de esa forma, tuvo lugar en algunos países nórdicos, entre ellos de manera destacada en Suecia.

Algunas de las peculiaridades de los países nórdicos en general y de Suecia en particular²⁷, hacen, sin embargo, que el proceso de constitución de “mercados internos” en ese país (iniciado a principios de los años noventa e inicialmente restringido a las entidades públicas que participaban de una u otra forma en la gestión de la atención sanitaria, fundamentalmente los “condados”, a los que se alude en la nota anterior) no sea el mejor ejemplo general de introducción “artificial” sobrevenida de mecanismos de mercado en la gestión de los servicios sanitarios de un país si estos están configurados como un Servicio Nacional de Salud²⁸.

Por el contrario, siendo esencialmente los mismos los mecanismos de creación de un mercado puestos en marcha²⁹ donde antes existía un servicio integrado, resulta de mayor

27 Entre esas peculiaridades cabe destacar: el tamaño del propio país (algo menos de 9 millones de habitantes desde hace años) y su distribución (85% de ella) en áreas urbanas de zonas costeras del sur (Rey del Castillo, 2010b: 303-308).

- El amplio papel político y gestor desempeñado también en el sector sanitario (tanto en atención primaria como hospitalaria) por unas autoridades locales de nivel superior a los municipios (“condados”), que tienen también un papel importante en la recaudación de tributos propios, los cuales contribuyen de manera significativa a la financiación de los servicios sanitarios (Rehnberg, 2009).
- El alto nivel de renta, un crecimiento económico sostenido por industrias propias, un sistema impositivo basado en altos niveles de imposición y un elevado nivel de redistribución de la riqueza basado en buena parte en la provisión de servicios públicos universales de distinto tipo.
- Un planteamiento de las reformas de mercado en el terreno sanitario basado no solo en razones económicas (de mejora de la eficiencia), sino también en la extensión de mecanismos de elección de proveedor de atención sanitaria por parte de una población con un alto nivel educativo.

28 Algunas de esas peculiaridades apuntan también a las limitaciones y cautelas establecidas en Suecia desde el inicio de la introducción de los mecanismos de mercado en su desarrollo, de manera muy específica el que esa introducción no supusiera una vía más o menos explícita de “privatización” sustancial de los servicios, que siguen siendo mayoritariamente de propiedad pública. En uno de los textos iniciales (Saltman, 1987) en los que se planteó el desarrollo de las reformas señaladas en el sentido de la creación de un “mercado interno” (reservado a centros públicos) se dedica una atención especial a justificar los problemas (principalmente de desigualdades en el acceso y la atención ofrecida) que se derivarían de la inclusión generalizada de centros privados en competencia con los centros públicos existentes, indicando que “aunque los riesgos pueden ser mínimos mientras el componente privado sea pequeño y se mantenga bajo estricta vigilancia, los riesgos se harán mayores a medida que aumente el tamaño de la implicación del sector privado”.

29 La creación de “mercados” en los servicios públicos de salud no constituidos como tales tiene una base común, que consiste en, manteniendo la financiación pública con impuestos sin alteración, atribuir un papel de “compradores” de servicios (de atención especializada y hospitalaria) a unas u otras entidades creadas en el nivel de atención primaria, a las que se les atribuye un presupuesto con el que desarrollar su papel; a su vez, como “proveedores” de los servicios actúan los hospitales, a los que se trata de financiar en función de su capacidad de atracción y a los que para ello se les puede cambiar o no su

interés general el análisis de lo ocurrido en el NHS inglés³⁰ por sus características propias, incluido el tamaño de su población, la profundidad de los cambios introducidos y la variación y evolución que han seguido las reformas en ese caso.

Allí, tras un período en el que los cambios en la gestión de los servicios sanitarios se centraron en el nombramiento de “gerentes” en los hospitales, recurriendo para ello a gestores procedentes de otras áreas, cuyos resultados no fueron significativos en términos de mejora de la eficiencia, la creación de mecanismos de mercado en la gestión de los servicios sanitarios comenzó también a principios de los años noventa. Durante los últimos Gobiernos de Margaret Thatcher y el del también conservador John Major, la creación de “mercados” basada en la separación de las funciones de financiación y compra de servicios sanitarios y la provisión de estos, comenzó con la creación de los llamados *fundholders* (literalmente “poseedores de fondos”) en la atención primaria, entidades a constituir por grupos de médicos generales, a las que se dotó de fondos presupuestarios (que se restaban de los de los distritos correspondientes, responsables del mismo nivel de atención) con los que “comprar”, a precios negociados con los centros, los servicios especializados y hospitalarios que estimasen precisos para la atención de la población adscrita a cada uno de ellos.

Las críticas iniciales a esta primera iniciativa, que se desarrolló de manera progresiva, se centraron en las desigualdades en la atención que se podían derivar de la existencia de dos formas de acceder a la atención especializada, con ventajas potenciales para la población adscrita a los *fundholders* por la forma preferente de relación con los centros que se podía establecer a través de ellos. Sin embargo, estas críticas se fueron acallando a medida que la creación de esta clase de entidades, inicialmente concentrada en las zonas del país de renta más alta, se fue extendiendo hasta alcanzar a la casi totalidad de la población. Lo más característico de esa extensión es que se llevó a cabo sin ninguna comprobación previa de sus efectos reales ni en términos de calidad de la atención prestada ni de la eficiencia de la gestión.

Por su parte, en el ámbito de los “proveedores”, la iniciativa más significativa, que, sin embargo, en el terreno sanitario no llegó a hacerse efectiva durante los mandatos conservadores, fue la previsión de constitución de nuevos hospitales acogiendo a la forma denominada PFI (por las siglas inglesas de Iniciativa de Financiación Privada). Esta consiste en financiar la construcción del centro por entidades privadas que se

personalidad jurídica previa, o incluso incluir entre ellos a centros privados. Dentro de ese marco general, las diferencias entre los países que han introducido reformas de este carácter se deben a la forma en que se han constituido las distintas modalidades de entidades “compradoras” y “proveedoras” y los tipos de relaciones entre ellas que se han establecido en cada caso.

30 En el apartado 1.4) anterior he hecho ya referencia a que el desarrollo de los servicios sanitarios en Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte ha seguido un camino propio en cada caso, con tendencias distintas especialmente a partir del proceso de descentralización que tuvo lugar en el Reino Unido. Una amplia descripción de las reformas en la línea de la creación de mercados en el NHS se puede ver en Pollock (2004).

comprometen luego a mantener la gestión del propio centro a cambio de un canon acordado durante un largo período de tiempo (entre quince y treinta años), en cuya cuantía se incluye el pago de la construcción del centro y de la propia gestión, con los intereses correspondientes. Se trataba de una fórmula no original, que se había comenzado a utilizar en Alemania y que en el Reino Unido se aplicó a otras muchas áreas de la gestión pública, para la construcción de carreteras, escuelas y hasta prisiones. La ventaja principal de su utilización era que, en una época de restricción económica manifiesta, permitía eludir por sus características financieras, su inclusión en la contabilidad pública, evitando de esa manera las limitaciones presupuestarias, pero sus efectos económicos en términos de contención del gasto real fueron criticados desde antes de su implantación (Pollock, 2002; Prieto Orzanco, 2006).

Siendo iniciativas promovidas en un principio por el partido conservador, el programa del Partido Laborista previo al acceso al gobierno de Tony Blair en 1997 incluía compromisos expresos de desaparición y congelación de esos mecanismos iniciales de creación de un mercado sanitario (en ese caso no calificado de “interno”, pues desde el principio se planteó su apertura a entidades privadas bajo unas u otras formas) introducidos en la gestión del NHS.

Esos compromisos contrarios previos fueron, sin embargo, ampliamente contradichos en la gestión del nuevo Gobierno laborista, que, por el contrario, llevó a cabo un amplio desarrollo del “mercado sanitario” mediante la modificación y ampliación de las condiciones en que se había iniciado por los gobiernos conservadores.

En el ámbito de la atención primaria, los *fundholdings* se sustituyeron primero por *Primary Care Groups*, que luego pasaron a denominarse *Primary Care Trusts* (PCT; una traducción posible sería la de compañías o empresas de atención primaria). Estas entidades eran de mayor tamaño, pues debían agrupar a todos los médicos generales y a otro personal sanitario de atención comunitaria existente en cada localidad, con un promedio de cobertura poblacional inicial de alrededor de 100.000 habitantes. Procesos de fusión entre los *trusts* así constituidos llevaron a que en 2003 existieran en Inglaterra 303, con un promedio de cobertura poblacional de 170.000 personas. Su papel inicial fue únicamente el de asesores de la “compra”³¹ de servicios a los hospitales por las autoridades sanitarias locales de cada área (que habían sido siempre independientes de las autoridades políticas del mismo territorio). Sin embargo, a partir de 2003, aún bajo Gobierno laborista, los PCT pasaron a ser responsables, al menos teóricamente, de la distribución del 75% del presupuesto del NHS de cada área. La carencia de cualquier experiencia administrativa por parte del personal que formaba parte de estos PCT, pero

31 Este término se sustituyó por el de *commissioning*, o “encargo”, entendido como la negociación de los precios a pagar, e incluso de las prestaciones a cubrir, incluidos los medicamentos a prescribir, de manera que si en un área concreta se concentraba un número significativo de pacientes tributarios del consumo de determinados productos de precio más elevado, ello obligaba al *trust* correspondiente a buscar el ahorro en otro ámbito de la atención.

también la posibilidad de optar a prestar servicios complementarios más amplios que los de atención primaria estricta y la compra de servicios hospitalarios, llevó a que en algunos casos se buscara el apoyo de entidades y compañías privadas para llevar a cabo su gestión.

La reciente vuelta al Gobierno del Partido Conservador ha llevado a eliminar los *trusts* en la atención primaria y a promover la atribución de fondos para efectuar la “compra” de servicios directamente a los médicos generales³², que pueden constituirse para ello en “mutuas” de médicos agrupados (Ham, 2010), siguiendo una línea de propuesta que se ha extendido para la reforma de otros servicios públicos, en los que se invita a que los trabajadores públicos pasen a constituirse en gestores autónomos de los servicios que han venido prestando hasta ahora (Cabinet Office, 2010). Dado que los médicos carecen de capacidad y experiencia administrativa para gestionar esas funciones, es previsible que para desarrollarlas recurran a la intervención de compañías aseguradoras nacionales o extranjeras, expertas en llevar a cabo esa clase de intermediación (Timmins, 2011); una intervención que puede servir de trampolín para extender y consolidar la penetración de las compañías estadounidenses en un terreno al que aspiraban desde hace tiempo y que les estaba hasta ahora vedado casi por completo.

En cuanto al nivel de los “proveedores” hospitalarios, el incumplimiento del programa con el que accedió al gobierno el Partido Laborista fue aún más manifiesto: frente a la supresión de la construcción de nuevos centros siguiendo la fórmula PFI, el Gobierno laborista se convirtió sin mayor explicación en el defensor y difusor más entusiasta de esta fórmula: según un trabajo reciente (Pollock, 2011), en diciembre de 2009, poco antes de cesar el Gobierno laborista, existían en Inglaterra 159 centros acogidos a ella, pese a que en los últimos años y ante las dificultades financieras de las empresas constructoras y su desinterés por las condiciones económicas ofertadas (en las que esta clase de empresas, habituadas a los márgenes de beneficio que se manejaban en el sector de la construcción, pero difíciles si no imposibles de obtener con la gestión sanitaria, participaban habitualmente de manera conjunta con empresas y aseguradoras especializadas en esta última), decayó notablemente la oferta y licitación de nuevos proyectos con esta fórmula, hasta prácticamente desaparecer.

Pero los cambios a este nivel no se agotaron con la difusión de la fórmula PFI. A partir de un primer posicionamiento en 2002 del ministro laborista Alan Milburn, que alcanzó su desarrollo reglamentario completo en otoño de 2003, los hospitales tradicionales del NHS pasaron a constituirse de manera progresiva y al principio como incentivo para aquellos que desarrollaban una mejor gestión de sus recursos, en *foundation trusts*. Adquirir ese estatuto, que se completó finalmente para todos los hospitales antes de terminar el mandato laborista, suponía varios efectos:

32 Una función a la que en el documento (*White Paper*) del Gobierno conservador de julio de 2010 (Doh, 2010) se vuelve a definir como *commissioning*.

- Pasar a ser independientes en su gestión de las autoridades regionales del NHS.
- Crear órganos de gobierno propios (teóricamente elegidos entre personas de la zonas de influencia de cada centro, que terminaron siendo constituidos en buena parte en muchos casos por personas cercanas a los sectores empresariales de la zona en la que se situaba el mismo).
- Inicialmente, establecer sus propias escalas de precios para la relación con los “compradores”, lo que luego se sustituyó por un sistema de tarifas nacionales.
- Abrir la posibilidad de obtener préstamos y enajenar propiedades en el ámbito privado dentro de ciertos límites.
- En general, establecer sus propias prioridades en la gestión “autónoma” de los centros.

En la constitución de estos como “entidades públicas sin ánimo de lucro” y su denominación como “empresas fundaciones” había una referencia deliberada al modelo del mismo nombre establecido en algunos centros españoles, que los responsables sanitarios ingleses vinieron incluso a visitar en alguna ocasión³³.

El control de la gestión de los centros pasó a desempeñarse por un organismo central, denominado *Monitor*. Su efectividad en el control de la actividad y la gestión de los centros, frente al previo ejercido por las autoridades regionales más próximas y cada una con un número menor, o incluso único, de centros dependientes, pasó a ser menor que el que se venía ejerciendo y, sobre todo, centrado de manera prioritaria en el logro de balances económicos equilibrados, dejando al margen el que con la actividad desarrollada y los servicios prestados (o excluidos de la prioridad de los centros) se respondiese a las necesidades sanitarias de la población atendida. Este aspecto esencial de la gestión de los centros sanitarios dejó incluso de figurar como objetivo explícito del organismo central al que se hizo responsable general del control de aquellos, sin que la labor de los órganos de gobierno de cada centro, constituidos de la manera indicada, significara en la realidad una compensación de esa orientación.

Con la llegada de la crisis económica y el cambio de Gobierno que tuvo lugar hace un año, la diferenciación de los centros hospitalarios en las dos categorías indicadas ha tenido otros efectos añadidos: aunque el Gobierno conservador está intentando buscar alguna fórmula que permita reducir el nivel de los pagos a los hospitales PFI, la forma en que está acordado a la firma del contrato inicial en cada caso el pago del canon correspondiente hace difícil, si no casi imposible, obtener una reducción de esas

³³ La primera visita, que probablemente fue la que dio pie a la copia de la denominación citada, se produjo siendo ministro de Sanidad el laborista Frank Dobson al hospital denominado Fundación de Alcorcón. En 2011, ya con gobierno conservador, se ha producido una visita de cargos sanitarios ingleses a otros hospitales de la Comunidad de Madrid, construidos con la fórmula PFI.

retribuciones (Tangle, 2011; Williams, 2011), que por otra parte, están acordados, de manera que son de cuantía creciente para corregir los efectos de la inflación (Hellowell, 2011). Como consecuencia, los recortes económicos que han afectado en aquel país al Departamento de Sanidad, igual que al resto de Departamentos del nuevo Gobierno³⁴, están siendo soportados principalmente por los centros públicos, con el consiguiente deterioro asimétrico de la calidad de la atención en estos, en perjuicio de los grupos de población que son tributarios de esa atención.

b) Aspectos generales de la introducción de mecanismos “de mercado” en algunos Servicios Nacionales de Salud, y en especial en el NHS inglés

- *El primer aspecto a destacar es la contradicción entre las razones supuestas que llevaron a la introducción de los mecanismos de mercado y su desarrollo real posterior*

La justificación de las reformas en Inglaterra incluía entre las razones principales para llevarlas a cabo la mejora de la eficiencia del sistema. Se trataba de entrada de un objetivo paradójico: como he señalado antes en la comparación entre modelos de servicios sanitarios, el grado de eficiencia más alto era el logrado, por las razones indicadas, por los Servicios Nacionales de Salud, entre ellos el NHS inglés. En ese sentido, no cabe tampoco deducir que de una mejora de la eficiencia en el funcionamiento de los centros o servicios de uno u otro nivel de manera independiente se derivase necesariamente una mejora de la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto. Esta dependería ante todo de su propia estructura y de la relación (integrada) entre los distintos agentes y niveles sanitarios, lo que en el caso de los propios de esta clase de servicios ofrece ventajas relevantes respecto de otras formas de organizar la atención.

Las reformas “de mercado” pretenden precisamente sustituir esa forma de relación por otra, basada en la desaparición de los mecanismos de integración y su sustitución por las relaciones mercantiles (con competencia más o menos extendida a los precios) entre “compradores” y “proveedores” de atención, que cuando se da de manera real (por ejemplo en los sistemas de Seguridad Social, pero de manera mucho más profunda y extensa aún, por la multiplicación del número de agentes, en el “sistema”

³⁴ El compromiso expresado por el Gobierno conservador en su Libro Blanco (*White Paper*) de 2010, reiterado en la presentación de un proyecto de ley de 2011, fue exceptuar el NHS de los recortes presupuestarios. Sin embargo, los criterios del propio Gobierno y el Partido Laborista son contradictorios a la hora de valorar si en los presupuestos para este año se ha aplicado o no una reducción global de los presupuestos sanitarios, que el Partido Laborista cifra en más de 1.000 millones de libras (BBC, 2011; Campbell, 2011; Labour, 2011). El criterio de la repercusión exclusiva de los recortes presupuestarios tan solo a los centros públicos es aplicable en todo caso, aunque en vez de que se haya producido una reducción global se haya producido de hecho tan solo una congelación presupuestaria, cuyos efectos se ven afectados por la inflación de los costes. Otra forma diferencial de afectar a los centros públicos del NHS y no a los PFI son los recortes de plantillas que se están planteando en el contexto de la reducción general de personal de los servicios públicos (Ramesh, 2010; Nursing Personnel, 2011).

sanitario estadounidense) resulta una forma mucho menos eficiente de organizar la atención, a la luz de todas las comparaciones disponibles.

Pero la contradicción indicada no se da solo en el origen de las reformas planteadas³⁵, sino también, en especial en el caso inglés, en el desarrollo de las mismas llevado a cabo: a los pocos años de su inicio ya se comenzó a señalar por observadores independientes (Le Grand, 1998) cómo se iban sucediendo las reformas, sustituyendo las iniciadas por otras nuevas, o extendiendo o generalizando la implantación de unas u otras, sin que por parte de los Gobiernos conservadores o laboristas que las iban desarrollando se mostrase siquiera alguna intención o proyecto de llevar a cabo una evaluación de las mismas en términos de mejora de la eficiencia lograda, bien con carácter general o como experiencias piloto de manera previa a su generalización. Eso no evitó en ningún caso que las reformas se fueran extendiendo e incluso transformando de manera sucesiva, con arreglo a lo descrito en el apartado anterior, sin someterse para ello a ningún criterio razonable de eficiencia en su introducción (Pickstone, 2011).

La relación de contradicciones se cierra con las conclusiones sobre las ventajas de los sistemas “integrados” a las que llegaron algunos analistas al estudiar los resultados de las reformas en la línea de la separación de la financiación y la provisión, y la introducción de mecanismos de competencia y mercado que se han llevado a cabo en el Reino Unido (Ham, 2008a y b; Timmins, 2008). Otros análisis habían constatado previamente que los mismos efectos favorables derivados se obtienen de la integración de niveles de atención que desarrollan algunas organizaciones privadas de atención sanitaria en Estados Unidos, como la compañía Kaiser Permanente, que, a diferencia de otras organizaciones similares de ese país, incluye en su prestación de manera coordinada, tanto la atención primaria como la especializada y la hospitalaria; de la comparación de ese tipo de organizaciones específicas con el NHS, pasó a proponerse como modelo de organización para este la organización de esa compañía (Feachem, 2002; Light, 2004). Resulta, sin embargo, paradójico que una característica que era propia de los sistemas públicos de salud que ofrecían protección universal se pusiera como ejemplo para estos, una vez alterada en sentido contrario su constitución, y que eso se hiciera desde el modelo de un sistema privado que, como todas las compañías privadas de seguro, se caracteriza por su capacidad de limitar su ámbito de cobertura a la población que le resulta aceptable y capaz de pagar las primas necesarias para acceder a su ámbito de protección³⁶ (McKinsey Quarterly, 2010).

35 Las recomendaciones iniciales para su desarrollo se hicieron por un consultor estadounidense, Alain Enthoven, en 1985. Un artículo publicado en *The Economist* (Set the Hospitals Free) el 30 de abril de 1988 supuso su lanzamiento público. Sus términos fueron perfilados de manera más amplia en un documento del Gobierno conservador titulado *Working for patients*, publicado el 31 de enero de 1989. Más detalles sobre cómo se gestaron y en qué términos se concretaron las líneas iniciales de reforma en el Reino Unido pueden verse en Rey del Castillo (2010b).

36 No es extraño que con esa visión, la perspectiva que se apunta por algunos autores sea la de la multiplicación de “sistemas clínicos integrados de protección” que incluyan médicos generales y

Por el contrario, no fueron atendidas³⁷ las recomendaciones expresas hechas por algunos expertos estadounidenses en el sentido de evitar la sucesión de cambios estructurales que se venían sucediendo en el NHS inglés y, de manera específica, la introducción de mecanismos de mercado en la gestión de los servicios sanitarios, por los efectos perjudiciales que, a la vista de la experiencia estadounidense, unas y otras situaciones podían tener sobre el mantenimiento de la cobertura universal y la eficiencia del sistema.

Todo ello permite concluir que las reformas inglesas descritas tuvieron principalmente un sustrato doctrinal o ideológico de previsión teórica y sin necesidad de comprobación de los supuestos efectos beneficiosos de la introducción de los mecanismos “de mercado” en el terreno sanitario, en línea con las doctrinas económicas dominantes, antes que una base real de análisis de los efectos de esa introducción.

- *El segundo aspecto destacable es la coincidencia en las líneas fundamentales de reforma iniciadas por gobiernos conservadores y su desarrollo posterior por gobiernos laboristas, pese a las supuestas diferencias y compromisos originales de estos últimos en relación con la organización del sistema sanitario.*

La coincidencia no ha sido puntual en el diseño de las estructuras y formas de organización concretas: las de cada partido en el Gobierno han sido criticadas por el que en cada caso ejercía la oposición, lo que ha ocurrido también tras el cambio más reciente ocurrido hace un año (Labour, 2011b). Pero, al margen de los cambios organizativos y de denominación introducidos en cada período, de la descripción de los producidos en los distintos niveles de atención hecho en el apartado anterior se deduce una línea de continuidad manifiesta en el soporte a los mecanismos de mercado como instrumento de mejora del funcionamiento del sistema, en sentido contrario a los principios que sirvieron de base a la creación del NHS. En este sentido, el cambio más significativo se produjo por parte del Partido Laborista: como señalaba hace ya tiempo un historiador británico: “el principal motivo de preocupación relativo al Nuevo Laborismo es dónde se coloca en el espectro ideológico en el debate contemporáneo sobre política sanitaria. Las referencias que hace al NHS antes de las reformas como una burocracia “de ordeno y mando” se utilizan para justificar políticas a favor del mercado que, en ciertos aspectos, van más allá incluso de los planes de los conservadores ...” (Mohan, 2003).

La única diferencia significativa entre las políticas de ambos partidos relativas al NHS fue la fuerte aportación económica que se hizo a los presupuestos del Servicio

hospitales, cuya constitución podría suponer la división del NHS en distintos grupos de atención, cada vez mas semejantes a aseguradoras independientes de menor tamaño (Ham, 2011).

³⁷ Esas dos recomendaciones expresas forman parte de un conjunto de diez realizadas por un experto estadounidense, Donald Berwick, en la actualidad director de los centros para *Medicare* y *Medicaid* con el Gobierno Obama, en un discurso pronunciado ante los responsables del NHS inglés con motivo del 60 aniversario de su creación (Berwick, 2008).

por parte del Partido Laborista en 2000³⁸, tras años de restricción económica por parte de los Gobiernos conservadores anteriores, con un programa de incrementos presupuestarios a aplicar durante cuatro años. Sin embargo, este aumento de la dotación económica para el NHS se condicionó desde el principio al desarrollo en paralelo de reformas en la organización del sistema que deberían llevar supuestamente a la mejora de su funcionamiento y su eficiencia³⁹. Cambios que, por otra parte, se llevaron a cabo en el sentido y con las formas cambiantes ya descritas, sin tener para nada en cuenta las mejoras reales de la eficiencia, no comprobadas, derivadas de su introducción.

- *Un tercer aspecto destacable es que las reformas “de mercado” comenzaron a desarrollarse con anterioridad a la crisis económica y no como mecanismo para la solución de los problemas financieros de los sistemas sanitarios en los que se aplicaron cuando se inició aquella. Pero, a su vez, que las reformas estructurales de mercado introducidas suponen una hipoteca y no una ventaja para lograr esa solución.*

Varios informes encargados por el ministro laborista inglés de aquel momento (lord Darzi) en 2007 a consultores extranjeros⁴⁰ poco sospechosos de sesgos ideológicos contrarios a las líneas de reforma, con objeto de valorar la marcha de estas y la situación del NHS a los sesenta años de su creación, desde un ámbito externo no solo al servicio, sino al propio país, llamaron ya la atención sobre los efectos potenciales de una restricción presupuestaria en términos de deterioro de la calidad de la atención en las condiciones estructurales del NHS tras las reformas introducidas, pese a la enorme aportación económica al Servicio que se había hecho en los años anteriores por los Gobiernos laboristas⁴¹. Esas previsiones no han hecho sino

38 El presupuesto del NHS casi se triplicó entre 2000 y 2010, desde 39.900 millones de libras en el primero de esos años, antes de iniciar el incremento presupuestario, hasta 102.000 millones en 2010.

39 Se pueden ver en este sentido los subtítulos del Plan para el NHS hecho público en 2000 (*The NHS Plan. A plan for investment: A plan for reform*, London: HMSO, July 2000) que muestran la asociación que se hacía desde el principio entre el aumento de la dotación presupuestaria y las reformas. Asociación que era más explícita aún en el prólogo del Primer Ministro Blair: “... El dinero tiene que ir acompañado de la modernización; la inversión, de la reforma... A cada nivel tendrá que haber un cambio radical...” (*The NHS Plan*. London: HMSO, julio de 2000).

40 El *Institute for Healthcare Improvement de Massachussets*, la *Joint Commision International* (la rama internacional del organismo independiente que lleva a cabo la acreditación de organizaciones sanitarias en Estados Unidos) y la *RAND Corporation*, entre enero y febrero de 2008, aunque no fueron hechos públicos hasta dos años después, a raíz de la presentación de un informe del *think tank Policy Exchange* en el que, tras varios escándalos en diferentes hospitales, se decía que se podrían evitar más de 43.000 muertes en el NHS al año con un funcionamiento diferente del Servicio (Schofield, 2010).

41 Los informes de las consultoras citadas, elaborado cada uno de manera independiente, coincidían en señalar la difusión que se había producido en el NHS con las reformas de una “cultura de miedo y cumplimiento de objetivos de gestión en vez de una cultura de aprendizaje, innovación y participación entusiasta en la mejora de los servicios... Muchos objetivos y estándares parecen definidos en términos profesionales, organizativos y políticos y no en términos de experiencia asistencial de los pacientes”. Otros comentarios apuntaban que: “los riesgos de consecuencias negativas para los gestores son

confirmarse conforme a lo descrito en este estudio, una vez se han puesto en marcha tales restricciones presupuestarias como respuesta a la crisis por el actual Gobierno conservador británico.

Por otra parte, la coincidencia de la aplicación de las reformas con un importante incremento presupuestario y los efectos de la coincidencia de ambos tipos de medidas sobre el funcionamiento del NHS (considerado como “caótico” en alguno de los informes citados), el deterioro observado de la calidad de la atención y aun de la “sostenibilidad” económica del propio sistema, permiten poner en cuestión que el mero incremento de la dotación presupuestaria pueda producir efectos positivos sobre unos y otros parámetros si no se acompaña de una organización del servicio adecuada con arreglo a las evidencias disponibles (Pickstone, 2011).

- *Por último, merece la pena observar que las reformas inglesas se basaban también en el principio de facilitar la capacidad de elección de proveedor por el paciente (incluyendo en ello el primer nivel de atención), de manera que “el dinero siga al paciente”.*

Con respecto a esta cuestión, *la observación de lo ocurrido en Inglaterra con las reformas “de mercado” en el seno del NHS como Servicio nacional de salud permite apuntar que esas medidas no favorecen la capacidad real de elección por el paciente* (un objetivo que como tal habría que valorar hasta qué punto está justificado de manera absoluta y sin ninguna matización, en un servicio, como el sanitario, donde la oferta tiene amplia capacidad de inducir la demanda (Brook, 2011); por otra parte la “libre elección” se ejerce de hecho, bajo distintas formas, aunque con limitaciones razonables, en muchos servicios de salud). Por el contrario, en el caso inglés, a lo que ha llevado es a la sustitución de los pacientes en la elección de proveedor por distintas formas de organizaciones y entidades que actúan como “compradoras” de servicios en supuesta representación de los pacientes y cuyo desarrollo, como ya se ha señalado, ha llevado finalmente a facilitar la penetración de entidades privadas de diferente naturaleza, principalmente compañías de seguro sanitario, en la gestión del NHS.

mucho mayores si no cumplen los objetivos de gestión establecidos desde arriba que por no satisfacer las expectativas de los pacientes y las familias”. Las recomendaciones contenidas en los informes incluían “parar las reestructuraciones. Lo único que provocan son pagos redundantes y superfluos”. El informe de la RAND señalaba que el Departamento de Salud parecía más interesado en los costes que en la calidad asistencial y que las evaluaciones del estado de salud de la población realizadas parecían generadas más por razones políticas de justificación de las reformas que por una preocupación sanitaria real. Los tres informes (*Achieving the Vision of Excellence in Quality*, del *Institute of Health Care Improvement*; *Quality Oversight in England*, de la *Joint Commission International*; y *Developing, Disseminating, and Assessing Standards in the national Health Service: An Assessment of Current Status and Opportunities for Improvement*, de la *RAND Corporation*) pueden encontrarse en la página web del Departamento de Salud británico: http://www.dh.gov.uk/en/FreedomOfInformation/Freedomofinformationpublicationschemefeedback/FOIreleases/DH_118548.

En este sentido, las experiencias de creación artificial de “compradores” de servicios en el ámbito de los Servicios Nacionales de Salud, de cobertura universal y financiación por impuestos generales, no parecen haber logrado hasta ahora sustituir la relación de “propiedad” y ejercicio natural de la “compra” de servicios correlativa a la anterior que se da en los sistemas de Seguridad Social, en los que las “cajas de seguro” cuentan en sus órganos de dirección con representantes directos de quienes contribuyen con sus cotizaciones a la financiación de los servicios de salud.

c) La reforma del sistema sanitario de Estados Unidos

En los apartados 1.2 y 1.5.C anteriores hay diferentes alusiones a las peculiaridades del sistema sanitario estadounidense y a la reforma del mismo que se llevó a cabo tras un largo proceso de debate en las dos cámaras del Congreso de aquel país hace un año. El desarrollo del debate parlamentario hasta esa aprobación se puede ver en varios trabajos previos dedicados a esa cuestión (Rey del Castillo 2009a, b y c; 2010a y c).

De la reforma aprobada y su desarrollo posterior merece la pena, sin embargo, destacar algunos aspectos:

- *En primer lugar, que el objetivo de la reforma era y es, ante todo, conseguir extender la cobertura sanitaria a la mayor parte de la población de aquel país que carece de cualquier clase de protección sanitaria pública o privada, a través de los distintos mecanismos descritos previamente.*

Esas condiciones alcanzan hasta el 15% de la población total, con tendencia creciente hasta ahora, perteneciente en buena parte a población asalariada de bajo nivel de ingresos que trabaja en pequeñas empresas, que no reúne las condiciones para ser cubierta por la atención pública (*Medicaid*) dirigida a la población para los que no alcanzan un nivel mínimo de ingresos; un parámetro por otra parte variable a lo largo del tiempo y sometido a los criterios también variables de los gobiernos de los Estados, que cambian según las preferencias políticas de estos. Pero alcanzan también a niños y jóvenes que no están incluidos en las pólizas privadas de sus padres o a personas que han perdido esa cobertura al perder su trabajo.

Se trata, por tanto, de una reforma de tendencia “universalizadora”, aunque en los términos en que está aprobada no alcance a lograr el objetivo de la protección universal (Buettgens, 2011), ni la vinculación de esta con un derecho general establecido y reconocido con ese carácter para toda la población.

Pese a todo se trata de una reforma de gran importancia política, que supone haber superado los fracasos sufridos por diferentes intentos previos (Leonhardt, 2010), en la misma línea, de distintos presidentes, no solo demócratas, sino también republicanos (Nixon entre ellos), que no habían sido capaces hasta ahora de lograr el

apoyo necesario para aprobar los proyectos desarrollados por cada uno de ellos para acercarse al objetivo de reducción de la población sin ninguna cobertura sanitaria.

- *Por otra parte, se trata de una reforma cuya aplicación no supone ningún cambio sustancial en el modelo de organización de la protección sanitaria en aquel país, que sigue manteniendo distintas formas de protección pública y privada y múltiples formas de gestión de esta (sobre todo, un elevado número de compañías privadas de seguro, superior a 4.000, muchas de ellas con actividad solo en determinados Estados, que cubren la protección privada concertada por las empresas para sus trabajadores), para distintos grupos de población.*

Lo que hace la reforma es cambiar las condiciones para acceder a la protección sanitaria, también a la pública, a través de *Medicare* y *Medicaid*, pero en especial la proporcionada por las compañías de seguro, que sigue siendo la base fundamental para obtener protección sanitaria de la mayoría de la población, de manera que por aquellas no se puedan imponer condiciones que hagan posible el rechazo de la cobertura de determinados grupos de población (personas con patologías previas, de bajo nivel de renta, u otros) so pena de sufrir penalizaciones económicas por el rechazo.

Se impone a la vez la obligación a las personas individuales de obtener cobertura sanitaria por sí mismos a través de planes privados, si no la obtienen a través de otra forma pública o privada de protección⁴².

- *El objetivo “universalizador” de la Ley hay que situarlo en todo caso en el contexto del gasto sanitario en aquel país, que alcanza ya el 17% de su PIB, con una tendencia insostenible a aumentar esa proporción.* Esta supone, por otra parte, un porcentaje desproporcionadamente elevado en relación con su nivel de renta per cápita si se compara con el patrón que siguen la mayoría de los países desarrollados, debido en buena parte a su forma de organización de la protección sanitaria.

Como consecuencia de esa situación, la aprobación de la norma supuso la búsqueda de compromisos, también en el ámbito del Partido Demócrata, en el que había posiciones contrarias, en el sentido de que la aplicación de la Ley no debería suponer un aumento del gasto sanitario y menos de esa proporción. Un logro que, con arreglo a repetidas previsiones y estudios de distintos organismos asesores, entre ellos de manera destacada la Oficina Presupuestaria del Congreso (CBO según sus siglas en inglés, un organismo asesor no partidario dependiente del propio Congreso que evalúa los efectos económicos de las normas que se pretende aprobar, a petición de

⁴² La imposición de esta obligación ha sido y es uno de los instrumentos utilizados para poner en cuestión la reforma mediante recursos legales contra la misma, tramitados desde diferentes Estados con Gobiernos republicanos, que deberán ser resueltos conjuntamente por el Tribunal Supremo. Una referencia a la situación de esos recursos puede verse en *Kaiser Health News* (2011).

los representantes de uno u otro partido presentes en las cámaras⁴³), solo se podría lograr, sin comprometer el objetivo universalizador, a través de la aplicación de algunas de las medidas de reforma contenidas en la Ley⁴⁴.

Sin embargo, otra de las características de la ley aprobada es que muchas de esas medidas no entrarán plenamente en vigor hasta 2014. La demora en el cumplimiento de ese plazo, durante el cual deberán irse poniendo en marcha los mecanismos que permitirán su aplicación a partir de la fecha indicada y cuyos efectos, a su vez, se retrasarán hasta que esta sea efectiva, se ha convertido en un arma a utilizar en contra de la aplicación de la Ley, pues en esos períodos es preciso realizar los gastos necesarios para poner en marcha los mecanismos mencionados. Unos gastos que, por otra parte, se deben realizar tanto por el Gobierno federal como por los Estados.

De esa manera, el debate presupuestario que se está desarrollando en los primeros meses de 2011 se ha convertido en el condicionante más inmediato de la aplicación de la Ley y en el terreno en el que el Partido Republicano ha encontrado el mejor instrumento de oposición a esa aplicación:

- Amparado en la nueva mayoría en la Cámara de Representantes (equivalente al Congreso español) de que dispone desde las elecciones de noviembre pasado (en cuya campaña la oposición a la Ley sanitaria fue uno de los elementos centrales de su programa), ese partido se ha venido oponiendo a cuantas medidas supongan un aumento inmediato del gasto, sin considerar los efectos a medio y largo plazo que pueda tener la suspensión de la puesta en marcha de las mismas.
- Por otra parte, los debates presupuestarios hay que situarlos en el ámbito de las diferencias cada vez más evidentes que se están dando en torno a la valoración de los niveles de déficit público en que se puede, y aun se debe, incurrir para contribuir a la salida de una crisis económica que se caracteriza en todas partes por un alto nivel de desempleo. En este terreno, las posiciones del Partido Republicano se han cerrado de manera rígida, sin proponer ninguna alternativa, impidiendo la aprobación de cualquier medida que suponga un gasto añadido; mientras que en el terreno de los ingresos, ninguno de los dos partidos ha sido capaz de promover alternativa alguna que suponga un aumento de la tributación por parte de la población con mayor nivel de renta, e incluso se ha alcanzado un acuerdo interpartidario para prolongar los

43 Se puede acceder a los informes de la Oficina Presupuestaria del Congreso en www.cbo.org.

44 Entre ellas, las dirigidas a controlar la evolución de los precios de las pólizas privadas de seguro y a favorecer la creación de nuevas pólizas de precios más reducidos que permitieran reducir el riesgo financiero agrupando a grupos más amplios de población (*risk pools*); o a penalizar fiscalmente las pólizas de contenidos “excesivos” a las que he hecho referencia en apartados anteriores. Pero también medidas como la creación de un Consejo (*Board*) asesor en el ámbito de *Medicare* y *Medicaid* dirigido a evaluar en términos de coste-efectividad la incorporación de nuevas tecnologías a la prestación pública.

beneficios fiscales para estos grupos, aprobados durante el segundo mandato del segundo presidente Bush (Krugman, 2011).

- A su vez, en la mayoría de los Estados que disponen tras las elecciones de gobernador republicano, se está generando la oposición a poner en marcha las medidas que les corresponde aplicar que puedan suponer algún gasto añadido, como el apoyo financiero a la creación de unos “mercados” de información (*Exchanges*) que faciliten la comparación entre las pólizas con mejor relación calidad-precio de cada Estado y que abran la posibilidad de acceder a nuevas pólizas de seguro de precio más reducido, pero con una cobertura asegurada de “servicios esenciales” en cada Estado a las personas individuales y a las empresas de menos de cien trabajadores⁴⁵. La negativa en muchos Estados a crear estos sistemas ha llevado al Gobierno federal a ofrecer y permitir un sistema de excepciones temporales (*waivers*) a la obligación que imponía la Ley de crear esos sistemas en estos períodos previos al plazo final de su aplicación (enero de 2014), lo que está siendo aprovechado por los republicanos para tratar de lograr la generalización de esas situaciones de excepción (Baker, 2011; Millman, 2011).
- El mismo plazo ha sido aprovechado por numerosas compañías de seguros para elevar el precio de sus pólizas, un movimiento que comenzó de manera inmediata a la aprobación de la ley, pero que con el cambio de año ha sufrido una nueva oleada de cambios en la misma dirección (Appleby, 2011; Pear, 2011).
- El último aspecto de la reforma sanitaria aprobada que se pretende destacar es que la propia reforma se ha convertido en el principal motivo de debate en la vida política estadounidense y que, en el mismo, las posiciones de los dos partidos que representan las posiciones “liberales” (a la manera estadounidense) o “de centro-izquierda” real (el Partido Demócrata) y conservadoras (el Republicano, cada vez más dominado por sus sectores más a la derecha) son manifiestamente antagónicas.

Ese antagonismo no solo parece debido al razonablemente asumido papel de gobierno y oposición que corresponde a cada uno, sino que está determinado por

⁴⁵ Los *Exchanges* deben en teoría proporcionar también información sobre las condiciones de acceso a *Medicaid* (la cobertura sanitaria para la población de bajos ingresos). Algunos gobernadores republicanos están presionando con su oposición a la constitución de *Exchanges* si no se flexibiliza (restringiéndolo) el acceso a *Medicaid*, un programa que requiere una aportación financiera de los Estados (un 43% de promedio por cada Estado; el 57% restante lo cubre el gobierno federal) que aquellos quieren recortar (Appleby, 2011). En la defensa de ese recorte se están utilizando por el Partido Republicano argumentos tan peregrinos como que la población de bajos ingresos sin ninguna clase de cobertura tiene mejor nivel de salud que la población cubierta por *Medicaid*, que recibe una atención sanitaria precaria como resultado del bajo nivel de los pagos a médicos y clínicas por parte del sistema. Sobre esos argumentos, basados en un estudio de la Universidad de Virginia, se puede ver Cohn (2011a). Un estudio aún más reciente realizado en el Estado de Oregon (Finkelstein, 2011), que ha recibido gran atención en el contexto del debate presupuestario norteamericano, contradice de manera expresa esas valoraciones y demuestra las ventajas en términos de salud de disponer de la cobertura sanitaria de *Medicaid* frente a carecer de ella (Cohn, 2011c; Klein, 2011).

posiciones claramente contradictorias en la consideración de la protección sanitaria y su universalización como instrumentos necesarios de cohesión social y ámbito de actuación ineludible de la actividad del Estado para lograr esa protección, cuya ausencia, por otra parte, constituye una anomalía diferencial en el contexto de los países desarrollados, ya destacada en un apartado anterior.

La diferencia significativa en torno a la protección sanitaria entre los dos partidos se puso de manifiesto en la aprobación de la Ley de Reforma Sanitaria, que finalmente se aprobó con los votos del Partido Demócrata, sin ningún voto de apoyo de ningún representante republicano. Pero se ha ido haciendo aún más evidente con la oposición a la aplicación de la reforma ya aprobada que viene realizando el Partido Republicano.

Por parte de este comenzó por plantearse la posibilidad de una revocación o rechazo (*repeal*) de la Ley por el Congreso, amparándose en la nueva composición de las Cámaras; una posibilidad que finalmente ha pasado a un segundo plano ante la imposibilidad de que fuera aceptada por el Senado, que conserva una mayoría demócrata, aunque más exigua, tras las elecciones parciales del mes de noviembre.

Descartada la prioridad del rechazo, el Partido Republicano ha ido promoviendo los obstáculos a la aplicación de la Ley que se han ido citando en apartados previos: desde el recurso constitucional de la norma, basado en la posible inconstitucionalidad del mandato para dotarse de cobertura sanitaria por cuenta propia por parte de aquellos que no estén integrados en otros sistemas de protección, cuyas posibilidades de prosperar se discuten (Rosenbaum, 2011), hasta los de carácter económico mencionados en el apartado inmediatamente anterior. A ellos se han añadido otros en materias diferentes de alto contenido ideológico, como las condiciones que se están imponiendo en distintos Estados para impedir que los planes de seguro privado que reciban cualquier clase de subvención o ayuda pública (como los planes incluidos en los *exchanges*, que pretenden facilitar el acceso a la cobertura sanitaria a la población de menor nivel de ingresos) puedan incluir entre las prestaciones cubiertas el aborto, incluso en los casos en que está permitido por la legislación general en los Estados Unidos⁴⁶.

d) Observaciones generales sobre las reformas estructurales en los servicios de salud de distinta naturaleza

- El panorama descrito en el apartado anterior, en el que se hace sobre todo referencia a las reformas que se han ido introduciendo en los últimos años en el NHS inglés y en la

⁴⁶ En el curso del debate presupuestario que tuvo lugar en el Congreso norteamericano, una propuesta republicana que se puso sobre la mesa en los primeros días de abril por el portavoz de ese partido en el Comité de Presupuestos de la Cámara baja iba dirigida a modificar la organización y el funcionamiento de *Medicare* y *Medicaid* (Pear, 2011), promoviendo su gestión por entidades de seguro privadas, con el propósito de recortar drásticamente su gasto, imponer topes a su parte subvencionada y repercutirlo con mayor intensidad en la población cubierta por esos sistemas; a la vez que se proponía reducir los impuestos corporativos a las empresas a un máximo del 25% (Sherman, 2011).

forma peculiar de protección sanitaria existente en Estados Unidos, que corresponden a dos modelos inicialmente opuestos de organización de la protección sanitaria, se debe completar con una referencia a las *reformas que se están produciendo en los sistemas sanitarios organizados conforme al modelo “bismarckiano” o de Seguridad Social*.

Si nos atenemos a lo que está ocurriendo en países como Holanda o Alemania, lo característico es que, sin cambiar en lo sustancial el modelo de “cajas de seguro”, se está facilitando, en la práctica, la posibilidad de que la población de mayor nivel de renta elija garantizar su cobertura sanitaria a través de aseguradoras privadas. Esa tendencia, que puede desarrollarse sin forzar la naturaleza del modelo, supone que se hace posible facilitar la penetración de las compañías privadas de seguro, nacionales o extranjeras, en la gestión de una prestación financiada públicamente por vías directas o indirectas (vía exenciones fiscales o bonificaciones a las primas), además de facilitar el intercambio de servicios entre países, en especial si las compañías elegidas tienen carácter transnacional.

- Si se aceptan como representativos de cada uno de los modelos de servicios de salud que se han descrito al principio los ejemplos descritos en los apartados anteriores y situamos esos modelos en un esquema en el que los servicios nacionales de salud se coloquen a la izquierda, los del tipo de seguridad social en el centro y a la derecha el sistema sanitario estadounidense, de la observación de la evolución de esos servicios se puede deducir una sola conclusión: *en materia de servicios sanitarios se está produciendo también lo que hace ya años (Rey del Castillo, 2000) describí como un “desplazamiento a la derecha”*. Desplazamiento que es anterior a la actual crisis económica y que, en lo sustancial, no se ha visto afectado por esta, incluso aunque su desarrollo resulte contradictorio con las medidas que serían necesarias para afrontar la crisis de la forma que resulte menos lesiva para la mayoría de la población.

Esa expresión sirve para representar que, facilitando la penetración de las compañías privadas de seguro en la gestión de sus servicios sanitarios, los sistemas de seguridad social acercan su forma de organización propia a la del sistema estadounidense, de manera que las diferencias entre unos y otro son solo de la proporción en que las compañías privadas y la cobertura pública o semipública que existe en cada caso participan en la gestión de los servicios para distintos grupos de población.

Por su parte, la introducción de la separación de funciones de compra y provisión de servicios y la creación de “mercados” sanitarios artificiales, manteniendo la financiación pública, da la oportunidad para dar un salto aún más largo, que permite acercar los servicios nacionales de salud a la forma organizativa propia del sistema estadounidense.

A su vez, este último está poniendo de manifiesto una gran resistencia al cambio y, bajo la presión de sus compañías de seguro a través de los *lobbies* que las

representan⁴⁷, logra mantener sin modificaciones sustanciales un sistema de cobertura sanitaria que, pese a ser parcial y a contribuir a provocar un nivel de gasto creciente y desproporcionado, es el que más dificultades presenta a introducir cambios significativos en su organización y en su manera de operar.

- Por otra parte, si nos atenemos a la valoración de la eficiencia de unos y otros tipos de servicios sanitarios hecha al principio de este apartado, esos movimientos, que han sido calificados por algunos como la manifestación de una tendencia a la convergencia espontánea hacia una forma “universal” de organización de los servicios sanitarios, no parecen tener una base razonable en la búsqueda de la mayor eficiencia en la organización sanitaria como contribución a la solución del problema general de crecimiento progresivo y difícil de controlar del crecimiento del gasto sanitario.

Solo cabe justificar esos movimientos a la luz de una valoración complementaria: *en el momento actual, los servicios sanitarios no son solo, ni de manera preferente, un instrumento desarrollado para la protección de la salud de los ciudadanos. Por el contrario, son también, y ahora sobre todo, el ámbito en el que se centran los intereses de determinados sectores económicos de enorme capacidad y poder, a cuyas características he hecho alusión previamente.* Entre ellos, la industria farmacéutica (y la de otras tecnologías sanitarias) y las empresas de seguros sanitarios, principalmente las estadounidenses, que tienen vinculaciones directas con los sectores financieros que hoy dominan la economía del mundo globalizado. Esos intereses están condicionando en todas partes la constitución, formas de organización, niveles de protección ofrecida, ámbito de protección personal alcanzada por los servicios sanitarios y, en general, sus perspectivas de futuro, antes que la extensión universal de la protección sanitaria.

Que los intereses de unos y otros puedan resultar contradictorios en muchos casos⁴⁸ no quiere decir que el desarrollo de las reformas sanitarias en diferentes países no se deba ver, ante todo, como una expresión peculiar en cada caso, de la adaptación entre ellos de los intereses de esos dos sectores dominantes, en la que, en todo caso, cabe mantener ciertos márgenes de maniobra para lograr niveles más o menos amplios de protección social (Glyn, 2006).

Por otra parte, esa situación de predominio de los sectores descritos se ve favorecida por un cambio manifiesto en la evolución de las sociedades desarrolladas, que de la situación social de solidaridad “extraordinaria” que se dio en la época de creación de los primeros servicios públicos y universales de salud, han pasado a caracterizarse por la tolerancia y aun la preferencia por la desigualdad. Lo que en el caso de los

47 Sobre esa actuación se puede ver Volsky (2010) y Potter (2010).

48 Un buen ejemplo de esas contradicciones puede ser la diferente actitud adoptada inicialmente frente a la reforma sanitaria del presidente Obama por la industria farmacéutica y las empresas aseguradoras estadounidenses. Puede verse al respecto Rey del Castillo (2009b).

servicios sanitarios se traduce en la diferenciación de la protección sanitaria ofrecida a distintos grupos de población, que se ve facilitada y potenciada por la participación privada en la gestión de los servicios, que puede gozar así de un cierto, o incluso amplio, apoyo social.

- Un último aspecto constatable (aunque se deduzca de una observación solamente parcial de algunos sistemas sanitarios de determinados países desarrollados, pero en todo caso especialmente representativos de diferentes modelos de organización de la cobertura sanitaria) es que *las reformas de los sistemas sanitarios orientadas a lograr, de una u otra forma, la cobertura sanitaria para toda la población de un país, conllevan posiciones contrarias entre los partidos que representan la izquierda real y la derecha conservadora de cada país. Y que las diferencias en este campo se constituyen en parte principal de los problemas políticos del país que se propone acercarse al objetivo universalizador.*

Por el contrario, las reformas que cuentan con una base argumental de acuerdo de fondo entre las posiciones de la izquierda y la derecha se orientan, mediante la introducción de mercados en los servicios sanitarios, a la ruptura de los servicios públicos universales y al establecimiento de formas diferentes de protección sanitaria para distintos grupos de población.

Esa diferencia entre las dos situaciones descritas es coherente con la posición que se hizo evidente en la constitución de los primeros servicios públicos de salud: todos ellos se formaron por iniciativa de los partidos socialdemócratas o equivalentes de los países respectivos y fueron luego tolerados de una u otra forma, sin destruirlos, cuando los gobiernos de esa naturaleza fueron sustituidos por otros encabezados por partidos conservadores (Rey del Castillo, 2010b).

Cabe añadir en cuanto a la situación actual que, al contrario de lo que señalan algunos autores⁴⁹, que sugieren que la orientación actual de las reformas es prueba del fracaso del modelo socialdemócrata de servicios sanitarios (un modelo que, según todas las evidencias disponibles, era en cualquiera de sus versiones la mejor y más eficiente manera de organizarlos), lo que se ha producido ha sido el cambio de posición de los partidos socialdemócratas más significativos respecto a ese modelo. Y que estos han pasado, de una u otra forma, a alinearse con los intereses de los sectores económicos que hoy dominan los servicios sanitarios y con los de los grupos sociales que encuentran en la disponibilidad de servicios sanitarios diferentes para ellos, un instrumento más de desigualdad y diferenciación, antes que con los de la mayoría de la población.

Que las circunstancias que facilitaron y dieron lugar a la constitución de los primeros servicios sanitarios y, sobre todo, las doctrinas económicas dominantes,

⁴⁹ Véase en este sentido Saltman (2010). El autor de esa afirmación es curiosamente uno de los impulsores de las reformas y de los límites de estas, en Suecia, como se ha descrito en el apartado F.a) anterior.

hayan cambiado sustancialmente y que las nuevas circunstancias y las posiciones de distintos agentes, descritas en apartados anteriores, no sean ahora favorables a la constitución y el mantenimiento de servicios públicos y universales de salud no significa, en todo caso, que no sea necesaria la elaboración de respuestas propias y diferentes en este campo a las de los partidos conservadores, por parte de los partidos de la izquierda real, so pena de perder la confianza de la mayoría de la población en su capacidad de proporcionar soluciones diferentes también a los problemas de los servicios sanitarios.

Aquí, como en otros terrenos, es válido el criterio de que para proporcionar soluciones iguales siempre será preferido el partido que representa la “imagen de marca” original y no el que hace copia de un modelo que no puede ser considerado como propio. Y que las “terceras vías” también en el terreno sanitario que han intentado algunos partidos, como el laborista británico, en particular la introducción de “mercados” artificialmente creados en un ámbito poco adecuado para ello (Cohn, 2011b; Krugman, 2011b) han supuesto en realidad una identificación con las doctrinas económicas dominantes y las posiciones conservadoras en lo relativo a los servicios sanitarios, no alcanzando a constituir una alternativa real para garantizar la protección sanitaria universal en condiciones de igualdad, sin poner por ello en peligro la sostenibilidad económica de los servicios de salud de cualquier país.

2. Origen, evolución y situación del sistema sanitario español

2.1 Las peculiaridades del origen del sistema sanitario español

Si se adopta como fecha de nacimiento del actual sistema sanitario español la aprobación de la Ley 14/1986, General de Sanidad, que tuvo lugar en ese año, hay dos clases de circunstancias diferenciales de esa creación que merecen la pena destacarse.

A) Condiciones generales

El primer grupo de circunstancias se refiere a las condiciones de diferente naturaleza (económicas y políticas, de solidaridad entre grupos y clases sociales, fiscales, de desarrollo tecnológico, de situación de la profesión médica y desarrollo de sistemas colectivos de protección) a las que se ha hecho alusión en el apartado 1.1 anterior, describiendo las que se daban en el momento de la creación de los primeros servicios públicos de salud.

Si aceptamos como fecha de constitución del sistema sanitario español con las condiciones citadas la indicada de 1986, para entonces se habían modificado con carácter general la mayor parte de tales condiciones, en un sentido que se ha ido describiendo al hacer referencia a la evolución de los sistemas públicos de salud creados en otros países más de treinta años antes. Lo destacable de esa situación es que en el año en que fue creado el SNS español, todas esas condiciones habían evolucionado en sentido contrario y desfavorable a la constitución de servicios públicos de salud que pretendieran dar protección universal e igualitaria a la totalidad de las poblaciones respectivas.

En ese sentido se puede decir que la creación del sistema sanitario español con la aspiración de alcanzar las pretensiones universales e igualitarias citadas en el momento en el que fue creado fue de alguna manera, como he descrito en otras publicaciones (Rey del Castillo, 2010b), “anacrónica” o, en otros términos, un desarrollo hecho a contracorriente de lo que ocurría en otros países, cuando los que disponían de esa clase de servicios se estaban ya planteando las adaptaciones más adecuadas para responder a las nuevas condiciones en las que debían moverse los servicios públicos de salud.

El único precedente próximo que podría contradecir esa valoración es el de Canadá, país que creó su servicio público y universal de salud en 1970. La existencia de ese precedente

permite destacar una vez más que unas mismas condiciones generales no impiden la posibilidad de respuestas diferenciadas por parte de distintos países, conforme a las condiciones específicas que se puedan dar en cada uno de ellos, estableciendo sistemas de protección sanitaria más o menos amplios e igualitarios en términos de cobertura personal y poblacional.

El ejemplo canadiense permite, sin embargo, llamar también la atención sobre otros dos aspectos de la creación de servicios públicos de salud:

- El primero de ellos es que los condicionantes generales operan sobre todos los servicios, incluso sobre aquellos que logran alcanzar niveles de protección más amplios, igualitarios y universales: en el caso canadiense puede servir de ejemplo el hecho de que la protección universal e igual para todos los ciudadanos canadienses, con las condiciones a las que se ha hecho referencia en el apartado 1.4 anterior, no incluye, sin embargo, la prestación farmacéutica, cuya cobertura se realiza de manera diferente en las distintas provincias del país, equivalentes a nuestras CC AA. La importancia económica de esa partida y la diferente capacidad para afrontarla por parte de las provincias ha hecho imposible hasta ahora, pese a todo, que se pueda formalizar un mecanismo universalizador e igualitario de esta parte específica de la protección sanitaria, sobre la que actúan algunos de los agentes económicos más potentes que intervienen como proveedores de los sistemas sanitarios, con una intensidad específica relacionada con la proximidad de Estados Unidos, país en el que se ubican algunas de las empresas farmacéuticas más destacadas.
- La segunda cuestión que se puede destacar es la importancia de la situación previa a la creación de un sistema sanitario universal como determinante de la valoración de la creación del mismo por parte de la población. En el caso canadiense, la creación en 1970 mediante la *Canada Health Act* del sistema sanitario universal de aquel país⁵⁰ se hizo a partir de una protección sanitaria mucho más restringida en términos de cobertura material, ofrecida además de manera desigual por cada una de las provincias canadienses a sus propios ciudadanos en el ámbito de su propio territorio y sobre la base del compromiso económico del Gobierno federal (ostentado en aquel caso por el Partido Liberal, un equivalente *sui generis* de los partidos socialdemócratas europeos), consistente en aportar a cada provincia una cantidad equivalente a la que cada una de ellas venía dedicando a la protección sanitaria que hasta entonces venía ejerciendo.

Las condiciones de creación del nuevo servicio público universal canadiense, que supuso una ampliación manifiesta de las condiciones materiales y territoriales de la protección de cualquier ciudadano de esa nacionalidad, permite comprender fácilmente el grado de valoración y aprecio por el nuevo servicio por parte de la población canadiense, a algunas de cuyas manifestaciones me he referido en el apartado 1.4 anterior.

⁵⁰ Denominado también *Medicare*, pero con unas características universales netamente distintas del sistema estadounidense de la misma denominación, restringido tan solo a la población jubilada.

B) La situación de la protección sanitaria antes de la constitución del Sistema Nacional de Salud (SNS)

Las condiciones de la protección sanitaria en España antes de la creación del sistema sanitario español en la Ley General de Sanidad de 1986 constituyen precisamente el segundo grupo de circunstancias, en este caso de carácter específico, que son importantes de destacar en la creación del SNS español.

A diferencia de lo que ocurría en Canadá antes de disponer de su sistema sanitario universal, en España sí existía un sistema sanitario de carácter casi universal y con tendencia a extenderse: la Seguridad Social. Creado en 1943 como un sistema limitado a la atención primaria, fue evolucionando desde finales de los años sesenta del siglo anterior, para constituir la principal red de atención hospitalaria, la más moderna y la que prestaba la atención con mayor calidad en su prestación, existente en el momento del cambio político hacia la democracia.

Esas condiciones eran compatibles con un cierto desequilibrio en su desarrollo: ante la imposibilidad económica de desarrollar el sistema, en especial la red hospitalaria, de manera simultánea en todas partes, esta se fue extendiendo de manera progresiva a la casi totalidad del territorio, una situación que se alcanzó, con algunas limitaciones, en los últimos años previos a la democracia. La única excepción en una situación que convirtió la red hospitalaria de la Seguridad Social en la principal proveedora de asistencia hospitalaria en toda España fue Cataluña. Allí, la existencia de una red de hospitales propiedad de corporaciones locales, entidades sin ánimo de lucro de diferente naturaleza y compañías privadas de seguro, propició el desarrollo de un modelo distinto, en el que la atención de la población cubierta por la Seguridad Social se extendió en buena parte a expensas de un régimen de conciertos con los centros ya existentes. Ese sistema, como consecuencia de la amplia oferta de centros existente, cuya subsistencia, sin embargo, quedaba comprometida si no se complementaba con aportaciones externas que solo podían proceder de la Seguridad Social, adquirió en aquel territorio una extensión mucho mayor que la alcanzada en otros, reduciendo de manera recíproca la construcción de nuevos centros propios de la Seguridad Social.

A los efectos de esta valoración, resultan de menor interés los detalles del origen y la evolución de este sistema⁵¹ y las razones que justificaron que para una población joven, como era la española en los años cincuenta y sesenta, la prestación sanitaria se convirtiese en prioritaria respecto de otras prestaciones del sistema de Seguridad Social español, incluidas las pensiones. El sistema de Seguridad Social mereció por aquellos años para algunos autores el calificativo de “banquero barato”, expresión que refleja un gran margen de gasto no realizado en otras áreas y, en consecuencia, una gran capacidad de inversión, que se destinó en buena parte al terreno sanitario, con los efectos de la

51 Pueden verse a esos efectos Guillén (2000) y, para una descripción “desde dentro” del sistema, Arranz (1991).

expansión de la red, principalmente la hospitalaria, mencionados. Un desarrollo del que quedó en buena parte excluida la red de “ambulatorios” de atención primaria, que consolidó, por el contrario, un modelo de desarrollo limitado y escasamente prestigiado por las condiciones de trabajo de los profesionales de ese nivel de atención.

Con todo, la expansión progresiva de ese sistema ya había alcanzado en el momento de la transición a la democracia a más del 80% de la población española entre titulares del derecho a la protección sanitaria y beneficiarios, lo que puede observarse en la Tabla 1 y el Gráfico 4 (tomados de Freire, 1993).

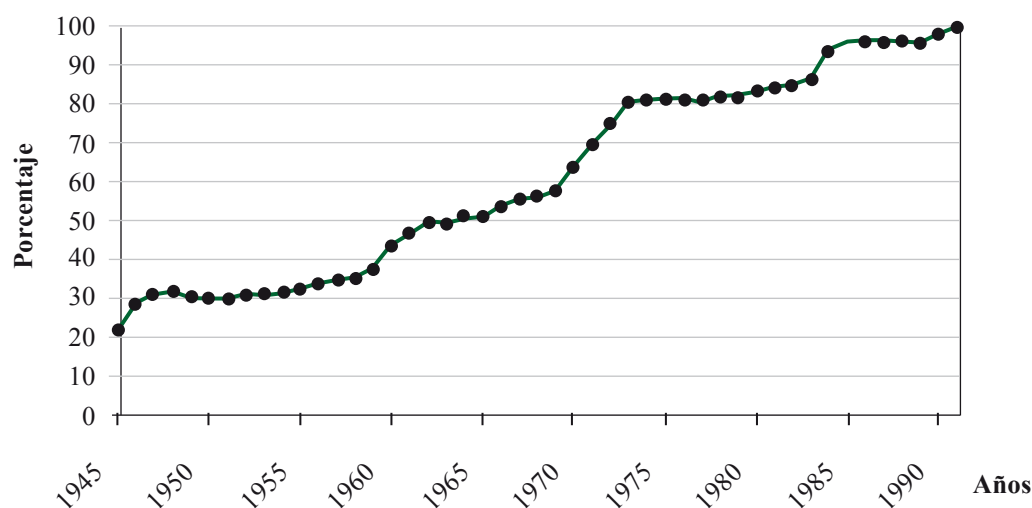
Que, conforme a lo que refleja este último Gráfico, en el momento en el que se constituyó formalmente el Sistema Nacional de Salud español más del 90% de la población española dispusiera de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social es una buena expresión de cómo la constitución del Sistema, al revés de lo ocurrido en otros países, no supuso ninguna novedad ni ventaja añadida para la inmensa mayoría de la población española. Más aún, si esa descripción general se acompaña de otras matizaciones relevantes, la más importante de las cuales es que ese nivel de

Tabla 1. Evolución de la población con derecho a protección sanitaria de la Seguridad Social 1967-1978

Población protegida 1967-78			
Año	Población protegida	% de incremento	% de población protegida
1967	18.200.000		55,54
1968	18.600.000	2,20	56,14
1969	19.393.000	4,26	57,91
1970	21.371.669	10,20	63,78
1971	23.952.000	12,07	70,01
1972	25.739.000	7,46	74,48
1973	28.019.781	8,86	80,27
1974	28.732.000	2,54	81,50
1975	28.989.823	0,9	81,41
1976	29.151.000	0,56	81,05
1977	29.355.000	0,7	80,80
1978	30.000.000	2,2	81,76

Fuente: elaboración propia a partir de Memorias de I.N.P. e INSALUD (Freire J.M., 1993)

Gráfico 4. Evolución de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social en términos de porcentaje de población 1945-1991



Fuente: Freire (1993)

protección alcanzado previamente por la mayoría de la población se acompañaba a la vez de diferencias significativas en la forma de hacer efectiva la protección sanitaria de distintos grupos de población, diferenciados entre ellos en su mayoría por la pertenencia a diversos sectores laborales. Si bien el “régimen general” de protección incluía a la mayoría de la población cubierta por el sistema de Seguridad Social, en el seno de este existían diferentes “regímenes especiales”, entre ellos el más amplio y diferenciado el de los funcionarios, que, organizado en diferentes Mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS para los funcionarios de la Administración General, de la Justicia o militares respectivamente), permitía a los pertenecientes a cada uno de ellos disponer de mecanismos de acceso a sistemas de protección sanitaria específicos al margen de la red general de atención, y que, en concreto, daba derecho a los dos primeros grupos a optar por recibir la atención a través de la red general o por la vía de conciertos específicos con las compañías privadas del ramo, a través de la atención proporcionada por estas.

Existían también otras formas de excluirse de la atención general mediante otros sistemas específicos, como las empresas constituidas en “entidades colaboradoras” de la Seguridad Social en la asistencia sanitaria, por disponer de una red sanitaria propia o creada al efecto, a cambio de la reducción de sus cotizaciones (un sistema al que se adscribieron principalmente las que entonces eran las empresas públicas más importantes, como

Telefónica o RTVE y distintas diputaciones provinciales); o los convenios firmados con los colegios de abogados para sustituir sus cotizaciones por la prestación de servicios a través de una red de asistencia propia creada para ello y concertada igualmente con entidades y profesionales privados; un sistema también imitado por las asociaciones de la prensa de distintas provincias.

Las posibilidades de una descripción pormenorizada de esas formas significativamente distintas de acceder a la protección sanitaria cuando se alcanzó la democracia en España exceden con mucho la extensión de este trabajo. En todo caso, lo más importante es resaltar que la constitución formal del Sistema Nacional de Salud no supuso un cambio inmediato (y, como se describe más adelante, tampoco más tardío) en las relaciones con los sistemas de protección sanitaria y con las instituciones concretas a las que venían accediendo en función de esa protección los ciudadanos españoles, puesto que esos sistemas diferentes sobrevivieron a la constitución del Sistema. Lo que tuvo el efecto indudable de desdibujar ante todos los ciudadanos el hecho mismo de la creación de un ente supuestamente novedoso, pero que en la práctica no supuso ningún cambio real, sino tan solo nominativo, en el sistema de protección sanitaria español.

Por otro lado, la disponibilidad por parte de la mayoría de la población de lo que era la mejor red de atención hospitalaria fue probablemente la base de un sentimiento general de satisfacción con la atención recibida, que evitaba cualquier comparación con la obtenida por parte de otros grupos “especiales” de población, sin que estos se convirtieran en aquel momento (y probablemente tampoco ahora) en referencia para posibles reivindicaciones de igualdad en los mecanismos y formas de protección⁵². Una situación contraria a la de la población cubierta por esos sistemas especiales de cobertura sanitaria, de la que forman parte sectores como los descritos, con gran capacidad de influencia específica en la defensa de lo que consideran sus intereses privilegiados, que ha derivado de manera manifiesta en que esos grupos se hayan convertido en focos activos de resistencia (con el apoyo de los sectores profesionales y las compañías privadas implicadas en esa clase de prestación) a cualquier mecanismo que se pudiera plantear para lograr la homologación

52 La importancia de la prestación farmacéutica en el gasto sanitario de la Seguridad Social y algunos medios para controlarla son en la práctica las únicas cuestiones sanitarias que figuran incluidas en los Pactos de la Moncloa. En el texto del apartado VI.E de ese Pacto se establece que:

- “1. En lo que se refiere a las prestaciones farmacéuticas se adoptarán medidas que garanticen la utilidad de las nuevas especialidades y se controlarán los precios de importación de materias fundamentales. Asimismo se elaborarán normas específicas sobre conciertos de la Seguridad Social con laboratorios y farmacias y sobre autorización administrativa previa de la publicidad que no se limite a niveles científicos. Se realizará un estudio sobre la racionalización de la industria nacional farmacéutica, especialmente de la productora de primeras materias, procediéndose, si fuera conveniente, a la creación de una Empresa Nacional de productos intermedios químico-farmacéuticos.
2. Con objeto de frenar el consumo innecesario de productos farmacéuticos se revisará la participación de los beneficiarios en el coste de estas prestaciones, excepto en lo que se refiere a medicamentos básicos y con exclusión en todo caso de los colectivos menos protegidos.
3. Se autorizará el despacho directo de productos farmacéuticos básicos en el recinto de las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social a los beneficiarios de la misma”.

de los mecanismos de protección sanitaria para toda la población. Lo que supone de manera objetiva la existencia de unas bases inciertas para la constitución de un servicio de salud público, universal e igualitario, como el teóricamente creado por la Ley General de Sanidad de 1986.

C) La distribución del gasto sanitario antes de la constitución del SNS

Un último aspecto a destacar es que, como he indicado en la nota anterior, la importancia desproporcionada del gasto farmacéutico respecto del sanitario en la Seguridad Social constituía, ya desde mucho antes del período de transición a la democracia el principal problema económico de ese sistema⁵³.

El aumento exponencial de esa parte del gasto fue el resultado de los cambios introducidos en la prestación farmacéutica en el ámbito de la Seguridad Social, que a mediados de los años sesenta pasó a sustituir el sistema de (lista positiva de medicamentos que se financiaban previamente por el sistema “petitorio” de la Seguridad Social) por las reglas establecidas en el Decreto 908/1966, por el que se aprobaba el texto articulado de la Ley 193/1963, sobre bases de la Seguridad Social. Entre esas nuevas reglas se estableció la dispensación de los medicamentos para los beneficiarios de la Seguridad Social a través de las oficinas de farmacia y la relación con estas y con la industria farmacéutica a través de un sistema de conciertos o pactos. Una regulación que, con escasas variaciones, se ha ido manteniendo a lo largo del tiempo, con un efecto indudable sobre el mantenimiento de la elevada proporción del gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario total que sigue caracterizando la situación del sistema sanitario actual.

2.2 La Ley 14/1986, General de Sanidad (LGS), un instrumento ineficaz para asentar sólidamente las bases del SNS

A) Las condiciones del desarrollo de la LGS

En el apartado anterior he descrito cómo, cuando el PSOE accedió al Gobierno, un amplio porcentaje de la población española disponía ya de unas u otras formas de protección sanitaria, mediante mecanismos cuyas diferencias se explicaban en buena parte por razones relacionadas con la vinculación laboral de cada persona acogida a cada una de ellas⁵⁴, una característica propia de los sistemas sanitarios llamados “de Seguridad Social”.

53 De hecho, la relación del gasto farmacéutico respecto del gasto sanitario de la Seguridad Social alcanzó ya cifras del 50% en los años cincuenta y sesenta, una proporción que solo se fue reduciendo por el aumento de otras partidas, incluidas las de personal, como consecuencia de la política de construcción de nuevos centros hospitalarios por la Seguridad Social.

54 A lo que habría que añadir la población cubierta por el sistema de beneficencia, para la población sin recursos económicos, desarrollado principalmente por las corporaciones locales, con arreglo a lo establecido en la Ley de bases de la sanidad nacional de 1944.

Sin embargo, conforme a lo descrito en el apartado 1.2 anterior, los servicios sanitarios incluidos bajo esa denominación unían a esa característica relacionada con la cobertura sanitaria, otra relativa a la financiación de los servicios y aún una tercera relacionada con la organización de la provisión de estos. Como consecuencia, pasar formalmente de un modelo de Seguridad Social a otro equivalente en sus características a los Servicios Nacionales de Salud (SNS), de los que el modelo más destacado era el NHS inglés, como hizo teóricamente la LGS, implicaba suponer que significaría homologar las condiciones del nuevo sistema sanitario español a las de los SNS existentes en los tres campos citados.

De esas condiciones, el desarrollo por el sistema de Seguridad Social español de una red asistencial propia, que se había convertido en la más importante en la mayor parte del territorio español y, mediante los conciertos con otras instituciones que completaban la red donde no disponía de medios propios suficientes, en el soporte financiero fundamental de los centros de otra propiedad, suponía una base objetiva para facilitar el paso de uno a otro sistema de organización sanitaria.

Por el contrario, pasar de una financiación contributiva a otra establecida sobre bases fiscales universales, cuando el desarrollo de un sistema impositivo eficaz en sus niveles más básicos fue una de las principales tareas que tuvo que abordar el nuevo régimen democrático en nuestro país, era todavía, en el momento en que se aprobó la LGS, una tarea inabordable de manera inmediata.

Si a ello le añadimos que, como he descrito anteriormente, no existía en aquel momento una demanda significativa para cambiar unos sistemas de protección sanitaria que incluían a una mayoría muy sustancial de la población, eso quiere decir que, de tres elementos del sistema sanitario existente que debían modificarse para convertirlo en un SNS, dos de ellos podían ofrecer resistencias importantes a que se pudiera producir ese cambio y solo uno, el que el sistema sanitario de la Seguridad Social dispusiera de una red asistencial propia, ofrecía una oportunidad razonable de que se pudiera alcanzar esa transformación.

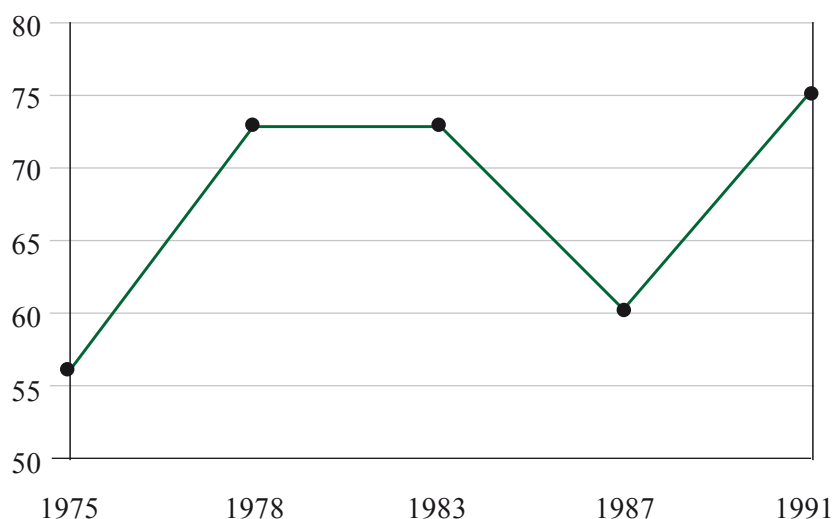
Esa situación lleva a preguntarse en primer lugar qué razones pudo haber para que, una vez que el Partido Socialista accedió al Gobierno de la nación en 1982, se planteara el desarrollo de una Ley que transformara el sistema sanitario existente en el sentido indicado, sin que ese cambio fuera demandado de manera significativa por la mayoría de la población.

La respuesta hay que buscarla en el apoyo del que gozaba en aquel momento el Partido Socialista entre algunos sectores sanitarios, principalmente entre los grupos de médicos más jóvenes, que habían vinculado las luchas por la consecución de un modelo de formación especializada moderno (el sistema MIR, todavía vigente, responsable en buena parte del salto en términos de calidad de la atención sanitaria que se produjo en aquellos años) con la lucha por la democracia. Las expectativas de este grupo

limitado, que tenía como modelo de organización sanitaria el NHS inglés, no podían ser defraudadas (el Partido Socialista llegó a representar en aquellos años las expectativas más reales de transformación de todos los sectores de la izquierda española); pero a la vez, las condiciones económicas del momento impedían que se pudiera producir cualquier cambio que significase un incremento significativo del gasto sanitario.

La resultante de esas fuerzas contradictorias fue el desarrollo de la LGS, como concesión a esos sectores y, sobre todo, para evitar la pérdida de popularidad que habría conllevado una renuncia expresa a esas expectativas, en el contexto y de manera simultánea con la aplicación de una política muy restrictiva del gasto sanitario. Esta última, como puede observarse en el Gráfico 5, redujo de manera significativa, en los mismos años en que se produjo el desarrollo de la Ley, el acercamiento del gasto sanitario en España a los niveles promedio de gasto sanitario en los países europeos que disponían de sistemas universales de salud, acercamiento que se había producido en los años previos a la instauración de la democracia en España, que se había mantenido a duras penas en los años inmediatamente anteriores a la entrada en el Gobierno del Partido Socialista y que solo se recuperó en años posteriores a la LGS, una vez que la situación económica del país mejoró.

Gráfico 5. Evolución del porcentaje del gasto sanitario público en poder paritario de compra (PPC) en España respecto de la Comunidad Europea entre 1975 y 1991



Fuente: Navarro, 1995

Por supuesto, lo que aquí se describe como un equilibrio razonable y en apariencia pacífico entre posiciones diversas fue, en la práctica, el resultado de diferencias significativas en el seno del propio Partido Socialista. En el debate interno soterrado que tuvo lugar tras el acceso al Gobierno, los sectores más “liberales” (en el sentido europeo de esta calificación) del partido lograron excluir las políticas sanitarias de las prioridades de actuación.

Una primera expresión de esa posición fue el encargo de la cartera de Sanidad a un economista, el malogrado Ernest Lluch, que se encargó de pilotar el acomodo entre los dos objetivos citados más arriba, dando prioridad a la aplicación de las políticas de ajuste en el sector sanitario sobre la satisfacción de las demandas, por otra parte restringidas a los sectores profesionales citados más arriba, para la transformación del sistema sanitario existente en un Servicio Nacional de Salud.

Esas diferencias tuvieron una expresión pública posterior en los cambios introducidos en los primeros equipos ministeriales a la mitad de aquel primer mandato, con el resultado paradójico de que quienes desde el Ministerio sanitario llevaron a término la aprobación de la Ley fueron los que no habían protagonizado su iniciativa y que, por el contrario, habían dirigido la dura política de ajuste sanitario que caracterizó aquellos años de transición.

La misma aprobación de la LGS al final de la primera legislatura socialista, pocos meses antes de que se produjeran las elecciones siguientes, es una buena expresión de la escasa prioridad de las políticas sanitarias en la agenda de aquel primer Gobierno del PSOE⁵⁵.

55 Esta valoración parte de la comparación con lo ocurrido en otros países. Puede servir de ejemplo lo ocurrido en Estados Unidos, donde ha habido numerosos intentos de reforma sanitaria. Paul Krugman, en un libro reciente (Krugman, 2007) en el que pormenoriza los problemas de desarrollo del sistema de bienestar norteamericano y más en concreto de la protección sanitaria pública en aquel país, cita entre las razones principales a las que cabe atribuir el fracaso de la reforma sanitaria que intentó introducir el presidente Clinton en 1994 para extender la cobertura sanitaria pública a toda la población, a los retrasos habidos en la puesta en marcha de esa reforma, cuya demora hasta la elaboración de una propuesta concreta cifra en casi dos años. Ese plazo fue suficiente para que los sectores contrarios a la reforma (sobre todo las compañías farmacéuticas y las aseguradoras privadas) organizaran su resistencia a la misma hasta hacerla imposible. En el caso de la LGS, el plazo de la elaboración de la Ley fue de cuatro años, plazo aún más amplio si hablamos de su aplicación. La firmeza y claridad de cualquier reforma parece encontrar un test decisivo en los plazos de su aplicación: en enero de 2010, la puesta en peligro de la reforma sanitaria americana por la pérdida de un escaño en el Senado tras las elecciones celebradas en el Estado de Massachusetts para sustituir al fallecido Edward Kennedy se atribuyó por numerosos observadores (Fortier, 2010; Marcus, 2010; Meyerson, 2010) al retraso en la tramitación de unas líneas claras de reforma; retraso provocado a su vez por debates interminables en la Cámara de Representantes y en el Senado (Rey del Castillo, 2010a) para perfilar los detalles de una reforma a gusto de todos los que debían votarla, sin una posición inicial clara por parte del presidente Obama, que fue su promotor. Pero llegada esa situación de *impasse*, “un buen mensaje no es ni de lejos tan importante como un proceso rápido” (Klein, 2010), y ello porque: “ningún presidente, bajo ninguna circunstancia, puede controlar el discurso en torno a cualquier pieza legislativa cuando está en las primeras páginas de los medios día tras día durante más de un año...”. La importancia de no

Otra de las expresiones más acabadas del escaso interés del Partido Socialista en abordar transformaciones sustanciales en el funcionamiento del sistema sanitario en aquel momento fue la negativa a abordar cambios en las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios, en especial de los médicos, en términos que primaran el rendimiento en el trabajo y la vinculación con el sistema público como bases para la mejora del funcionamiento de este, en tanto esos cambios pudieran suponer un aumento del gasto⁵⁶.

En ese contexto, la elaboración de la ley que debía producir el cambio desde un sistema casi universal de Seguridad Social a un Servicio Nacional de Salud (de gestión descentralizada) estuvo sometida a todas las presiones contradictorias indicadas. Además de a estas y como consecuencia del largo plazo de elaboración de la Ley, que fue aprobada casi cuatro años después del acceso del PSOE al Gobierno, habría que añadir las de los sectores industriales y profesionales que se podían ver más afectados por la regulación, entre ellos la industria farmacéutica y los colegios de farmacéuticos (los de médicos tuvieron menos influencia, pese a la importancia en sentido negativo que se quiso dar a su intervención. He analizado este aspecto en Rey del Castillo, 2010c:111-115). Y a unos y otros habría que añadir un elemento nuevo, las CC AA, que vinieron a sumar en aquel momento sus intereses a los grupos con intereses más destacados en el sector sanitario, como consecuencia de la descentralización de las responsabilidades sanitarias prevista de manera genérica en los artículos 43 y 44 de la Constitución (en el segundo, como descentralización limitada de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social).

El resultado de esa combinación de insuficiencias programáticas por parte del Partido Socialista, que promovió (con todas las contradicciones señaladas) el desarrollo de la Ley y los intereses contrapuestos de los distintos grupos señalados, fue una norma que, más allá de las valoraciones panegíricas de que viene siendo objeto, en especial en los últimos tiempos, más aún cuando se cumplen ahora 25 años de su promulgación, adoleció desde esta de graves insuficiencias como norma básica del Sistema Nacional de Salud. Y ello, pese a que fuera en la misma norma en la que se acuñó este término, como el conjunto de entidades públicas que, sin constituir una entidad con personalidad jurídica propia, se reunieron bajo esa denominación para hacer efectiva en condiciones de igualdad la protección sanitaria de toda la población española.

demorar la aprobación de una reforma sustantiva para asegurar el éxito del proceso ha sido reconocida recientemente de manera expresa por el propio Obama (Condon, 2011).

56 Una posición opuesta a la que habían adoptado los partidos socialdemócratas en otros países cuando crearon los primeros servicios públicos sanitarios universales. En estos casos, como he indicado en el apartado 1.1 anterior, los médicos eran mayoritariamente opuestos a la creación de esos servicios y su resistencia fue vencida mediante políticas de incentivos, incluidos los económicos, que lograron modificar esa posición (Rey del Castillo, 2010b: 611-615). Por el contrario, en España, donde una parte significativa de los profesionales partían de una posición favorable a la constitución de un servicio público de salud universal e igualitario, se siguió el camino opuesto, y las políticas retributivas y de ordenación profesional en el ámbito de los servicios públicos fueron objeto preferente de las políticas de ajuste llevadas a cabo en este sector (Rey del Castillo, 2010b:737-43).

B) Las insuficiencias de la LGS como base organizativa y estructural del SNS

Que la LGS es el elemento constitutivo básico del Sistema Nacional de Salud no es solo una consideración legal derivada del carácter “básico” que la propia Ley establece para la mayoría de sus preceptos (una definición que supone que las normas autonómicas para la organización de sus servicios sanitarios por las CC AA se deben atener a las reglas generales establecidas en la propia Ley). Por el contrario, esa consideración supone, además, que la propia Ley debía contener un diseño suficientemente claro y preciso de cómo configurar los servicios sanitarios en el Estado español en sus aspectos esenciales, entre ellos la cobertura sanitaria en términos de población y prestaciones cubiertas, financiación y organización de la provisión, gestión de los servicios por parte de sus distintos componentes, relación con los proveedores y entre niveles de atención, condiciones laborales y organizativas del personal sanitario y otras cuestiones centrales del sistema. Todas ellas afectaban de manera principal a la eficacia, eficiencia y calidad de la atención proporcionada por un sistema que se pretendía supuestamente hacer universal a partir de la propia norma; un logro cuyo alcance dependía de la eficacia de los medidas previstas en la Ley en todos los aspectos indicados, cuya regulación debía hacerse de la manera más acorde con ese objetivo universalizador e igualitario.

Una valoración general de la regulación de esos aspectos esenciales en el texto de la Ley permite, sin embargo, estimar que la definición de muchas de esas cuestiones en la norma aprobada distó mucho de tener la suficiente claridad y precisión como para considerar que mediante ella se había establecido siquiera un horizonte definido de organización y funcionamiento del “nuevo” sistema sanitario como Servicio Nacional de Salud. Esa valoración es consecuencia de que la Ley, en dirección opuesta a lo que habría sido necesario si se hubiera deseado realmente producir un cambio del sistema sanitario existente en el sentido indicado, no precisó en su texto la mayoría de los aspectos señalados. Por el contrario, la norma se llenó de plazos transitorios para el desarrollo de determinadas cuestiones que tenían un horizonte final preciso y definió en otros casos solo situaciones transitorias, sin aclarar el horizonte final al que debería dirigirse el sistema para completar su proceso de transformación.

a) Para hacer efectiva la protección sanitaria universal en condiciones de igualdad para toda la población, la Ley constituyó un régimen general de cobertura, basado en la prestación de servicios para la población con derecho a ella, a través de las instituciones y centros de la antigua asistencia sanitaria de la Seguridad Social pertenecientes al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), al que se fueron agregando colectivos y centros diversos de otras redes de protección.

La previsión de un desarrollo no inmediato de este proceso quedó reflejada en numerosas disposiciones transitorias del propio texto legal en las que se prefiguraban mecanismos y plazos distintos para la integración de otros sistemas y redes de protección en el sistema común, plazos que resultaron ampliamente incumplidos. Este incumplimiento ha sido especialmente característico en algunos terrenos, como el del mantenimiento, 25 años

después de la aprobación del texto legal, de sistemas de protección sanitaria financiados públicamente, específicos y diferentes para distintos grupos de funcionarios a través de distintas mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y para otros colectivos profesionales (antiguas entidades colaboradoras de la Seguridad Social; periodistas; abogados...), a los que he hecho referencia en el apartado anterior.

b) La organización del Sistema quedó establecida conforme a los patrones propios de un servicio nacional de salud, como un sistema integrado y planificado con diferentes niveles de atención y una distribución territorial de los servicios por áreas y zonas de salud, de tamaño y extensión definidos por grupos de población, cuya descripción y organización ocupaba buena parte del texto legal.

De entre los niveles de atención, la primaria se concebía como puerta de entrada al Sistema y, en relación con ello, como instrumento esencial del control del incremento del gasto sanitario, ya entonces atribuido en buena parte al uso intensivo y creciente de las tecnologías sanitarias más novedosas sin mecanismos adecuados de control de su introducción y uso por el propio Sistema. Sin embargo, para desarrollar ese papel la Ley estableció como modelo un diseño que resultaba inédito ya entonces entre los propios países desarrollados: los “centros de salud” en los que se pretendía integrar en equipos de trabajo jerarquizados, a los médicos de atención primaria de los antiguos ambulatorios con personal de otra titulación, fundamentalmente personal de enfermería, para desarrollar funciones integradas de atención, prevención y salud pública en el área de influencia.

Ese modelo en el primer nivel de atención fue el resultado de la traslación literal a la Ley del establecido en 1984, dos años antes de la misma, por el mismo Gobierno socialista, mediante un Real Decreto, llamado “de estructuras básicas de salud”, cuyas grandes líneas no fueron, sin embargo, sometidas a discusión significativa posterior en la tramitación parlamentaria de la Ley. Por otra parte, en el diseño de esa norma previa se habían conjugado de manera peculiar los principios establecidos para el desarrollo de la atención primaria en países en desarrollo por la conferencia de Alma Ata, organizada en 1978 por la Organización Mundial de la Salud, con los desarrollados por el Gobierno anterior de la UCD para la creación como nueva especialidad médica de la medicina familiar y comunitaria (cuyos inicios se vincularon a la medicina hospitalaria más sofisticada, en concreto a la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid), y con los que sustentaban algunos grupos de médicos afines al propio Partido Socialista, cuyo modelo se encontraba en los desarrollados en algunos países de socialismo real, pero de menor nivel de desarrollo económico que el español.

Lo más característico de ese diseño es que, pese a la amalgama de principios diferentes que estaban en su origen, su calendario de aplicación se dejó en la práctica a la iniciativa de las CC AA, sin prever tampoco incentivos ni mecanismos adecuados de adaptación ni mejora de la cualificación del personal que trabajaba en el ámbito de la atención primaria del Sistema de Seguridad Social, que, como ya he indicado, resultaba el más deficitario

en términos de calidad de la atención. Esta ausencia de previsiones complementarias para reconvertir la atención primaria en auténtico “eje” y base del Sistema está probablemente en la raíz de los diferentes ritmos y grados de éxito alcanzados en y con la aplicación de esa parte del modelo sanitario definido en la LGS.

Por su parte, el nivel de la atención hospitalaria y especializada no mereció en la Ley más precisiones que la existencia de hospitales de distinto nivel de complejidad, reservando la existencia de uno del nivel más alto como cabecera de las áreas de salud, sin que la forma de gestión de los hospitales mereciese mayor atención. Una actitud probablemente derivada de la propia concepción del Sistema como un servicio nacional de salud, entre cuyas condiciones para ser considerado como tal se incluía que el mismo debía sustentarse en centros de su propiedad, cuya forma de organización y gestión, sometida al derecho administrativo que regía su funcionamiento, no se cuestionaba en el texto legal.

c) La Ley General de Sanidad se promulgó en unas condiciones peculiares y transitorias de organización del sistema sanitario preexistente que, tras la promulgación de la norma, sufrió un profundo proceso de descentralización⁵⁷.

Lo peculiar de la norma en este caso es que la Ley no previó condición ni diseño alguno de las características del nuevo sistema bajo bases descentralizadas, ni en cuanto a los límites del proceso descentralizador (la ley no fijó siquiera qué comunidades podrían o deberían asumir los traspasos en asistencia sanitaria, lo que quedó al criterio y la decisión, a través de la demanda de los traspasos correspondientes, por parte de cada una de las CC AA); ni en cuanto a los instrumentos de coordinación una vez se hubieran llevado a cabo la totalidad de los traspasos en esta materia; ni tampoco en los plazos en los que debería llevarse a cabo, en su caso, un proceso que carecía no solo de límites, sino también de horizonte definido para la descentralización.

d) La misma indefinición de la Ley afectó al sistema de financiación sanitaria original, previsto solo para la distribución de los fondos del antiguo INSALUD a aquellas CC AA, inicialmente solo las constituidas al amparo del artículo 151 de la CE, susceptibles estatutariamente de recibir los traspasos en materia de asistencia sanitaria de la SS.

e) En cuanto a la relación con los proveedores, la Ley no previó mecanismos de relación alternativos a los del concierto con las empresas y las oficinas de farmacia que se venían manteniendo previamente por los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

La combinación del mantenimiento del modelo con el desarrollo del proceso de descentralización, pese a preverse en la Ley la creación de una central de compras del

⁵⁷ El procedimiento se había iniciado con el traspaso del INSALUD a Cataluña cinco años antes, en 1991 y a Andalucía en 1994. Ambos procesos se realizaron sin modelo alguno, como adaptación a las demandas de los gobiernos autonómicos respectivos. Este desarrollo peculiar permite afirmar que la Ley se atuvo más a lo realizado en estos dos casos, que exigió por parte de esas dos CC AA una adaptación *a posteriori* a un modelo establecido en la Ley.

Sistema sanitario en su conjunto, que no pasó de constituir una declaración de principios y nunca llegó a hacerse efectiva, llevó a la multiplicación y reducción del “poder de compra” (*spending power*) de los servicios autonómicos de salud, frente a la manifiesta tendencia a la concentración de las empresas farmacéuticas como respuesta a los problemas de desarrollo de la industria de ese sector.

Por otra parte, durante la larga elaboración del texto legal las presiones de los colegios de farmacéuticos lograron excluir del mismo en sus versiones más avanzadas la posibilidad anunciada en los Pactos de la Moncloa y contemplada en las primeras versiones de la Ley, de autorizar “el despacho directo de productos farmacéuticos básicos en el recinto de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social a los beneficiarios de la misma”. La exclusión de cualquier desarrollo efectivo de esa posibilidad consagró de hecho a las oficinas de farmacia como monopolizadoras de la dispensación de los medicamentos prescritos en régimen ambulatorio; y a los farmacéuticos titulados, mediante el mantenimiento de una norma que había sido aprobada con rango de orden ministerial en 1978, en los únicos propietarios posibles de las oficinas de farmacia, consolidando una situación singular de identificación entre ejercicio profesional y propiedad de las oficinas de farmacia que ha pasado a conocerse (y defenderse por quienes se benefician de ella) como “modelo mediterráneo de farmacia”, que ha sido asumido por los gobiernos centrales de los dos partidos mayoritarios.

f) En cuanto a las políticas de personal, la Ley previó el desarrollo de un Estatuto del personal del Sistema Nacional de Salud⁵⁸. Una previsión que, además de tener un desarrollo tardío (un estatuto “marco” se desarrolló 17 años después, en 2003, por un Gobierno del Partido Popular), no llegó a precisar a qué personal debería afectar, manteniendo en el intervalo de su desarrollo sin modificar las condiciones del personal que formaba parte de las plantillas de las instituciones de la Seguridad Social.

C) Las limitaciones estructurales del desarrollo posterior de la LGS

C.1) Aspectos organizativos y normativos

El desarrollo reglamentario de las disposiciones que debían concretar en los distintos terrenos señalados la transformación del modelo de Seguridad Social existente en un modelo de servicio nacional de salud de gestión descentralizada se puede caracterizar globalmente como tardío, parcial y descoordinado, de manera que las disposiciones en distintos terrenos se fueron llevando a cabo con ritmos distintos y, en general, con una preferencia manifiesta por evitar los conflictos que se pudieran generar si las medidas adoptadas resultaban contrarias a los intereses de cualquier sector afectado por cualquier nueva norma o regulación.

⁵⁸ Las propuestas de “laboralización” planteadas desde el Ministerio socialista en las etapas previas a la redacción del primer borrador formal de la Ley fueron cuestionadas de manera cerrada por los sindicatos de clase, en especial por la UGT.

Cuando se produjo algún conflicto, como el planteado por los médicos de las instituciones de la Seguridad Social en 1987, las soluciones dadas al mismo (generalizar determinados complementos retributivos sin establecer ninguna medida para vincular su percepción con cualquier clase de mejora en la dedicación y el rendimiento) parecieron tener como objetivo político principal el evitar el conflicto en sí mismo, en un terreno que siguió sin figurar entre las prioridades de ninguno de los gobiernos siguientes al que había logrado la aprobación del texto legal.

Esa actitud de escasa implicación en el desarrollo del sistema sanitario por parte de los sucesivos Gobiernos socialistas hasta 1996 se proyecta sobre cada una de las cuestiones concretas a las que he hecho alusión en el apartado anterior como exponentes de la deficiente regulación de cada una de ellas llevada a cabo por el texto legal.

a) La cobertura sanitaria

En el caso del mantenimiento contradictorio de sistemas de protección diferenciados para colectivos específicos como los que he mencionado, bastó la previsión de los conflictos que se podrían derivar de la pérdida de las condiciones específicas de que disponían esos colectivos si se producía su integración en el sistema general de atención para hacer que, de una u otra manera, se mantuvieran esas formas de protección diferenciadas.

El argumento en unos casos, como en el de las mutualidades de funcionarios, era el de la imposibilidad de que el sistema general pudiera asumir la atención de colectivos de cierta importancia numérica (actualmente agrupan a algo menos de dos millones de personas, con una distribución territorial muy desigual) sin deterioro de la calidad de la atención, tanto de la que esos grupos reciben por otras vías, como de la que se da en el sistema sanitario general.

La preocupación por la atención recibida por esos colectivos, que siempre ha supuesto la dotación de fondos específicos al margen de la financiación general del SNS para mantener su atención especial, ha venido contando con el apoyo reiterado de los sindicatos de clase, incluso en sus niveles confederales, más allá del apoyo de los sindicatos sectoriales respectivos. Una situación que contrasta con la escasa preocupación manifestada por esas y otras organizaciones respecto de que la integración de otros colectivos específicos en el régimen general pudiera producir en el mismo los mismos efectos de deterioro en la calidad de la atención.

Un ejemplo de la asimetría de esas valoraciones es el proceso de integración de la población cubierta por los sistemas de beneficencia en el sistema general de atención, que tuvo lugar tres años después de la publicación de la Ley, mediante un Real Decreto, el 1088/1989, de 8 de septiembre. En aplicación del mismo, se produjo la inclusión de los grupos dependientes de las distintas corporaciones locales en el régimen general de atención del SNS, con la peculiaridad de que esa integración no supuso ninguna transferencia al propio SNS de los fondos que esas corporaciones dedicaban a la atención sanitaria de esos grupos de población.

Por otra parte, la forma de protección sanitaria que reciben esos grupos (con derecho al acceso a medios privados con financiación pública y sin que la atención primaria constituya la vía de acceso ordinaria al sistema de protección) se ha convertido en la referencia aparente para muchos, de lo que es la mejor atención sanitaria deseable por cualquier ciudadano⁵⁹.

Esa situación constituye la amenaza más importante para la sostenibilidad, no solo económica, de nuestro sistema sanitario y en concreto, para que en el futuro sigamos disponiendo de un sistema sanitario universal e igualitario y no diferentes sistemas para distintos grupos de población, definidos por sus condiciones laborales o económicas. A la vez supone que la protección sanitaria ha pasado de ser un instrumento de cohesión social a convertirse en un elemento de diferenciación entre grupos sociales distintos, en un momento en el que los intereses igualitarios de la sociedad han decaído, frente a una tendencia neta a la desigualdad y la diferenciación.

b) La descentralización

La falta de definición en la Ley de un calendario específico del proceso descentralizador, e incluso de un horizonte final del mismo, tuvo como consecuencia, en primer lugar, el desarrollo de un proceso descentralizador extendido en el tiempo (21 años entre el traspaso de la responsabilidad de la asistencia sanitaria a Cataluña en 1981 y el cierre de los traspasos en esta materia de manera simultánea a diez CC AA en 2002), con importantes diferencias a lo largo del proceso en la organización, constitución y dotación de los servicios sanitarios de unas y otras como consecuencia del desarrollo desigual del mismo.

Pese a las diferencias temporales en su desarrollo, este proceso ha generado, sin embargo, un horizonte similar para cada una de ellas, consistente ante todo en dotarse de capacidad autosuficiente para prestar la totalidad de los servicios a su propia población, pero sin prever mecanismos de cooperación entre ellas, mucho menos desde el punto de vista planificador, con el consiguiente incremento ineficiente del gasto. Una ineficiencia que habría que añadir a la producida por la multiplicación de estructuras de gobierno repetidas en los sistemas sanitarios autonómicos, que se ha traducido en un aumento significativo del gasto en administración de servicios frente al derivado de la asistencia sanitaria a la población.

⁵⁹ Entre las razones que se invocan habitualmente para justificar la preferencia que expresan los funcionarios y otros colectivos si se les da la oportunidad de optar entre la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la atención a través de compañías privadas se incluye la posibilidad de eludir las listas de espera que se dan en el sistema público, así como las ventajas hoteleras: la disponibilidad de habitación individual, en especial en ciertas situaciones, como el parto, lo que justifica que la opción por la atención privada sea más frecuente en los grupos de funcionarios de edad más joven. La diferencia más significativa en esos sistemas es, en todo caso, la facilidad de acceder al especialista sin pasar por la “puerta de entrada” del médico general, lo que facilita el acceso a la atención más sofisticada, más cara y solo justificada como más eficaz por la publicidad directa e indirecta que lleva a identificar como de mayor calidad esa clase de atención.

Por otra parte, las modificaciones causadas en la situación del Sistema a través de los traspasos sucesivos a las CC AA no se acompañaron del diseño de instrumentos de coordinación entre los diferentes servicios sanitarios autonómicos adaptados a cada situación de los traspasos.

Esto derivó en la ineficacia manifiesta del funcionamiento de los órganos de coordinación existentes, de manera singular el denominado Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A su vez, de este se sigue demandando con frecuencia la capacidad de imponer decisiones colectivas que no se compadecen con las características de este órgano, constituido como “conferencia sectorial” de consenso, pero sin competencias ni instrumentos para imponer sus acuerdos en ningún territorio autonómico, en función del carácter “exclusivo” en el ejercicio de sus competencias sanitarias con que todas las CC AA han asumido las mismas.

Desde la Administración General del Estado, con independencia de qué partido haya ejercido la responsabilidad de gobierno, nunca se ha puesto en cuestión esa interpretación del ejercicio de las competencias sanitarias por las CC AA. Mientras que, por el contrario, se ha hecho una manifiesta dejación de las propias, en especial en materia de instrumentos y servicios de información sanitaria, incluida la económica, que resultan elementos imprescindibles para mantener la coordinación en la situación de descentralización completa de la gestión que rige en el SNS.

c) La financiación sanitaria

Como consecuencia de la indefinición de la Ley en materia de financiación de los servicios de asistencia sanitaria traspasados, en un primer período, hasta 1994, año en que, con el traspaso a Canarias, se completó la transferencia de la asistencia sanitaria a las siete CC AA que reunían en esos momentos las condiciones para el traspaso de esas competencias, la aplicación de los criterios financieros de distribución de los fondos mencionados permitió un reparto sesgado de los mismos con criterios poblacionales más o menos favorables a las CC AA receptoras en función de la afinidad política de los gobiernos autonómicos respectivos con el Gobierno de la nación.

Otra característica añadida de ese período es que durante el mismo, tanto el reparto inicial de los fondos como el de cantidades adicionales repartidas en las denominadas “operaciones de saneamiento” sucesivas, que se llevaron a cabo para resolver insuficiencias presupuestarias observadas en el ámbito del INSALUD no descentralizado, supuso la distribución de los fondos correspondientes a cada una de las CC AA, sin conocimiento ni demanda de información de la gestión presupuestaria llevada a cabo por cada una de ellas, sino tan solo por proyección de los coeficientes poblacionales (sesgados, conforme al criterio de afinidad política señalado) acordados en cada caso.

En 1994 se produjo una modificación del sistema de distribución financiera aplicado, que supuso eliminar de manera significativa las diferencias en el reparto de unos y

otros fondos, que se venía produciendo con grandes márgenes de discrecionalidad y criterios de afinidad o compromiso político, con independencia de las razones que se utilizaran para justificar esa distribución. Sin embargo, se siguió tolerando una ausencia total de información del gasto autonómico, cuyas desviaciones solo se conocían de manera ocasional como consecuencia de las demandas de los proveedores. Estos, a su vez, se fueron adaptando por razones de necesidad y de manera paulatina a un aumento progresivo de los plazos de pago, un problema también de desarrollo asimétrico entre las diferentes CC AA, en el que Cataluña y Andalucía, las de mayor población de entre las traspasadas, solían destacar sobre el resto.

En sentido inverso, tanto el País Vasco como Navarra se beneficiaban de la aplicación que se hacía de sus sistemas peculiares de financiación, sin que por razones políticas generales nadie pusiera en cuestión hasta años más tarde⁶⁰ tal aplicación, que no es consustancial al modelo de financiación de esas CC AA, sino que está vinculada a la definición de la cuantía del “cupo” vasco y el “amejoramiento” navarro, que se establecen periódicamente por acuerdo entre el gobierno autonómico respectivo y el de la nación.

Desde el punto de vista de las fuentes de financiación para adecuarlas a la financiación preferente vía impuestos generales, característica de los servicios nacionales de salud, el principal salto significativo en esa línea tuvo lugar en 1989. La operación realizada en aquel año no supuso, sin embargo, un aumento real de la financiación vía impuestos, sino tan solo el intercambio formal de responsabilidades financieras sobre dos clases de servicios que en aquel momento tenían una financiación equivalente en cifras absolutas: la asistencia sanitaria “de la Seguridad Social”, convertida en el SNS, pasó a financiarse mediante los impuestos generales establecidos por los Presupuestos Generales del Estado, mientras que, por su parte y pese a su naturaleza no contributiva, las pensiones de ese carácter pasaron a hacerlo por la Seguridad Social. Este proceso de sustitución de fuentes financieras continuó luego de manera más pausada y alcanzó su resultado final en 1999, año en el que la totalidad de la atención sanitaria traspasada y no traspasada (quedaban entonces todavía diez CC AA gestionadas por el INSALUD) pasó a financiarse por completo con impuestos generales⁶¹.

Sobre esa base de exclusividad de la financiación vía impuestos, 2002 marcó el cambio de modelo de financiación sanitaria de las CC AA de régimen común (todas menos Navarra y el País Vasco), simultáneo con el cierre de los traspasos sanitarios a las diez que todavía no los habían recibido. Un proceso en el que esos traspasos constituyeron la condición para la integración de la financiación sanitaria en la autonómica general para esas CC AA, dada la importancia de la financiación justificada por el ejercicio de las competencias

60 Quizás el primero en hacerlo fue Pasqual Maragall en su condición de presidente de la *Generalitat* de Cataluña en su período de gobierno de esa institución.

61 Por otra parte, esta situación resulta bastante excepcional incluso entre los países dotados de servicios nacionales de salud, buena parte de los cuales conservan una aportación más o menos amplia de los sistemas de Seguridad Social respectivos (Mossialos, 2002).

en asistencia sanitaria para cada una de ellas (un promedio del 37,5% de la financiación global recibida por cada una de ellas). La importancia proporcional de esa cuantía para los presupuestos autonómicos permitió la cesión de una amplia cesta de tributos a dichas CC AA, que de otra forma no habría podido hacerse de manera homogénea, abriendo paso así a unos mecanismos de supuesta “corresponsabilidad fiscal” más ficticios que reales (es el Gobierno central el que sigue recaudando la mayoría de los tributos, sobre la mayor parte de los cuales las autonomías carecen de capacidad normativa, para ceder después la parte proporcional fijada a cada una de ellas). Sin embargo, ni en ese sistema de financiación ni en el más reciente aprobado hace unos meses se prevé ningún mecanismo de información económica de la gestión sanitaria autonómica.

El modelo aprobado con el Gobierno del PP en 2002 conservaba aún ciertos grados de compromiso temporal de uso finalista de los fondos recibidos por las CC AA en razón de la responsabilidad sobre la atención sanitaria de la población “protegida” de su territorio⁶². Ese garantía de uso finalista de los fondos ha desaparecido por completo del nuevo sistema de financiación aprobado en 2009 mediante la Ley Orgánica 3/2009, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de financiación de las Comunidades Autónomas.

La desaparición de ese uso finalista de los fondos puede ser, sin embargo, de menor importancia⁶³ que el hecho de que la financiación sea por completo incondicionada y no se utilice, al menos una parte de la misma, como instrumento al servicio del mantenimiento de la cohesión, mediante ciertas condiciones generales del sistema, como se ha descrito que ocurre en el sistema sanitario canadiense (Rey Biel, 2006). Todo parece indicar que el objetivo principal de la Hacienda central es mantenerse al margen de la inversión sanitaria, considerada ante todo como un área de gasto de difícil control, al margen de cuáles sean los efectos de esa actitud sobre el mantenimiento de un sistema de protección universal e igualitario, cuyo sostenimiento con esas condiciones parece ajeno a su responsabilidad y su intervención, sea cual sea el color político del partido del gobierno.

Por otra parte, la combinación del sistema de financiación aprobado con los límites a la solidaridad fiscal entre CC AA que se deduce de algunos estatutos de autonomía, como la parte del Estatuto catalán cuya constitucionalidad fue ratificada por el alto Tribunal, ha abierto la puerta a una tendencia a considerar que la responsabilidad de los servicios prestados por las CC AA debe basarse en la capacidad recaudatoria de cada una. Esta

62 Esa cifra no es igual a la población del propio territorio, puesto que del cálculo de esta se excluyen los grupos de residentes en cada uno de ellos que reciben la atención a través de otros sistemas de protección financiados públicamente. Se establecieron también algunos coeficientes correctores de menor importancia relacionados con la población de edad más avanzada en cada territorio y con otros factores, como la dispersión de la población o la insularidad.

63 Sobre la base de la información presupuestaria proporcionada por las CC AA, no parece que ninguna de estas haya desviado fondos a otros usos diferentes, e incluso puede haberse dado en algunos casos la situación inversa (García Díaz, 2008).

dista de ser semejante entre muchas de ellas y, como tal, parece difícilmente compatible con el mantenimiento de unos servicios definidos como universales, no solo en el sentido poblacional, sino también territorial de la protección y basados en la condición de ciudadanía española, y no en la de cada comunidad autónoma, muchas de las cuales habrían carecido de capacidad económica para acceder a los mismos grados de protección si hubieran tenido que crear sus propios servicios de salud⁶⁴.

d) La organización y la gestión de los distintos niveles de atención

En el campo de la organización y la gestión de los servicios, cabe diferenciar lo ocurrido en el ámbito de la atención primaria, en el de la atención hospitalaria y en el de la organización de los propios servicios autonómicos de salud.

- En el primero de esos ámbitos, el hecho más significativo es la diferente velocidad en la extensión del modelo diseñado en 1994, que la Ley ratificó sin ninguna modificación. Las distintas CC AA fueron desarrollando el modelo con arreglo a sus propias preferencias y grados, de acuerdo con el mismo. Este estaba, a su vez, determinado en buena parte por la acogida del propio modelo entre los profesionales que trabajaban en cada comunidad autónoma en ese nivel de atención, cuya integración en el nuevo modelo jerarquizado, que suponía, además de otros cambios, una dedicación horaria más amplia, se previó únicamente con carácter voluntario y a cambio de unas modificaciones retributivas que eran valoradas de manera distinta según las distintas situaciones del personal que debía acogerse a esa nueva dedicación, muy diferentes en el ámbito rural y en el urbano. En todo caso, el modelo se ha extendido a la casi totalidad de los médicos de ese nivel⁶⁵ y todavía más a medida que han ido abandonado el sistema los profesionales más antiguos, que eran en principio los más reticentes a la aceptación de las nuevas formas de trabajo y dedicación.

La valoración de los efectos de ese nuevo modelo de organización del primer nivel de atención dista mucho todavía de haberse hecho de manera objetiva (Rey del Castillo, 2010: 70-82), sin que, sin embargo, eso impidiera su extensión progresiva e incluso, que la extensión de la aplicación del modelo (que tenía una parte importante de política de edificación de nuevos centros a inaugurar por cada Administración) se convirtiera en criterio para la valoración de la mejora general de la atención sanitaria, sin razones objetivas que justificasen esa consideración, al menos en una parte significativa de los casos.

Las únicas formas alternativas de organización de la atención primaria se han producido en Cataluña, donde se han desarrollado algunas experiencias de autoorganización de equipos

64 Esta experiencia es, por otra parte, común a otros países federales o descentralizados, como he descrito en el caso canadiense, probablemente el mejor ejemplo actual de servicio sanitario universal en un país federal.

65 Todavía quedan algunos “focos de resistencia” puntuales de médicos que por razones de “derechos adquiridos” conservan sus antiguas formas de dedicación y retribución, pero que trabajan integrados a tiempo parcial en centros de salud, en general en el ámbito urbano.

de salud a los que se dota de presupuestos para gestionar la atención de sus pacientes con ciertos márgenes de discrecionalidad en la utilización de los fondos presupuestarios y en su organización interna y a los que, siguiendo una tradición diferenciada también en sus colegios profesionales, se ha ofrecido apoyo en su gestión administrativa a través de estos. El desarrollo de estas iniciativas, de número muy limitado, tuvo su apoyo en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, de 1990, que dio lugar a otros cambios en el nivel hospitalario y en la organización del Servicio Catalán de la Salud, por lo que, a continuación, se hará referencia de nuevo a esta norma.

En el nivel de la atención primaria merece también una mención especial la incorporación al trabajo en los centros de salud que se fueron definiendo y creando, de personal de enfermería con una forma de trabajo independiente, concretada en la creación de consultas de esa titulación. Como en otros casos, las valoraciones generales que deban hacerse sobre la aportación de esa nueva estructura organizativa carecen de datos generales que puedan aportarles bases objetivas. Hay, sin embargo, algunos indicios, derivados de la consideración del tiempo dedicado a las distintas labores que teóricamente deben realizar (Ruiz Jiménez, 2010), que permiten considerar que el papel atribuido en buena parte de los casos a la enfermería en este nivel de atención, que debe ser complementario del realizado por el médico y, en la mayoría de los casos, no sustitutivo de la labor de este último, dista mucho del papel que se atribuye a estos profesionales en el mismo nivel de atención en otros países, centrado en buena parte en la prestación de cuidados a domicilio y la atención a pacientes crónicos. La escasa preparación específica del personal que se incorporó masivamente de manera inicial al desarrollo de esas tareas (reclutado en concursos en los que primaba ante todo la antigüedad y que llevó a traslados masivos del personal de los hospitales, cansado de las jornadas y horarios vigentes en los centros hospitalarios, que buscaba ante todo una mayor comodidad en su desempeño profesional, pero que no disponía de ninguna preparación específica para esas tareas, completamente distintas) condicionó en buena parte el desarrollo de esta innovación profesional y organizativa, que no es fácil de reorientar en la actual situación.

- Tanto en el nivel de la atención hospitalaria como en el de la organización general de los servicios de salud, la fecha que marca un cambio en las condiciones administrativas de unos y otros es 1990. Un hecho producido en ese año, la primera Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, y otro que tuvo lugar a mediados del año siguiente, la entrega al Ministerio de Sanidad del llamado Informe Abril, marcaron un cambio de tendencias en la organización de los servicios sanitarios. Con ellos, la “gestión” de los servicios pasó a convertirse en el problema central, por supuestas razones de eficacia y eficiencia de la prestación, de un Sistema Nacional de Salud cuyo horizonte en términos organizativos, poco más de tres años después de su creación en la LGS, carecía todavía de otra definición más precisa que la que se derivaba de su constitución como un servicio de salud integrado y jerarquizado por niveles y sometido a las condiciones habituales de la gestión pública (el Derecho administrativo) que regían en aquel momento en España.

Lo que esa norma y ese informe plantearon fue, de una u otra forma, la reorganización de los servicios sanitarios como “mercados” ficticios, estableciendo la separación de la funciones de financiación y “compra” y de “provisión” de servicios que en aquel momento, como he descrito previamente, se estaba plantando en los servicios sanitarios de otros países dotados de servicios nacionales de salud. En ese planteamiento común, se proponía de una u otra forma el cambio de la personalidad jurídica de los servicios sanitarios (autonómicos, pero también la del propio INSALUD) para dotarlos de mayor “flexibilidad” en su actuación (lo que en otros terrenos de la Administración pública se llamó la “huida” del Derecho administrativo), a la vez que atribuirles el papel de “compradores” de servicios; y, en el caso de los hospitales, convertidos en “proveedores” separados, dotarlos también de mayor autonomía en su gestión.

De los dos precedentes señalados, hay muchas razones para pensar que el Informe Abril, pese a las amplias referencias que se hacen del mismo incluso ahora, no pasó de ser una traslación, por no decir una copia, de las transformaciones generales propuestas en otros países, sin consideración alguna de las condiciones reales del SNS en aquel momento. Que las reformas sugeridas (sin mayor concreción) en el Informe fueran semejantes a las promovidas a la vez en otros países; que carecieran de una base de análisis real de las condiciones estructurales del SNS, en particular de cualquier cuestión relacionada con la descentralización, sin hacer referencia alguna a la regulación del mismo conforme a lo establecido en la LGS, promulgada poco tiempo antes; o que las recomendaciones, de carácter genérico en el sentido indicado, carecieran de cualquier precisión acerca de cómo pasar de un modelo de servicio integrado y jerarquizado a otro en el que los supuestos “mercados” que se creasen fuesen los que determinasen las relaciones entre los distintos niveles del SNS; todos ellos son buenos ejemplos de cómo la adjudicación de los méritos que se le atribuyen al informe citado, entre otros, el haber sido precursor en la sugerencia de las reformas que necesita el Sistema (lo que se viene repitiendo cada vez con más frecuencia), suponen una valoración excesiva del mismo, que traducen ante todo las posiciones ideológicas de quienes siguen patrocinando veinte años después unas reformas que no se diferencian mucho de las promovidas en él.

Por otra parte, el encargo efectivo del mismo y la designación para presidir su desarrollo de la persona que había sido vicepresidente de los gobiernos centristas anteriores al del propio Partido Socialista, se puede considerar como una manifestación expresa de la división que había generado en el seno de este partido la aprobación de la LGS, que, pese a todas sus limitaciones, ya comentadas en el apartado anterior, generó un importante desacuerdo por parte de los sectores socialistas más liberales. De otra manera no se puede entender que en el equipo que participó en la redacción del informe, realizado por encargo del segundo ministro de Sanidad socialista, el economista Julián García Vargas, afín a esos sectores liberales, solo tres años después de la aprobación de la Ley, no formara parte ni un solo miembro cercano a los sectores del partido que habían sido más activos en el apoyo al desarrollo de la misma, ni siquiera algún miembro del propio partido y que, por el contrario, se integraran en el mismo un número significativo de personas con

intereses privados en el sector sanitario, de los que no cabía esperar un enfoque distinto al de las conclusiones y propuestas que lo han hecho inmerecidamente famoso.

En el caso de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, de 1990 la situación era distinta: como ya he descrito, Cataluña era, cuando se hizo el traspaso del INSALUD, y lo seguía siendo cuando se promulgó esa ley, la comunidad autónoma española en la que existía un menor porcentaje de camas hospitalarias de propiedad de la antigua red de la Seguridad Social. A su vez, allí se daba la existencia de un número muy importante de centros hospitalarios propiedad de corporaciones locales, que venían funcionando ya en régimen de concierto suplementario con el INSALUD; así mismo, en Cataluña se daba el porcentaje más alto de población afiliada a seguros sanitarios privados, incluso superior a Madrid, en buena parte desarrollados de manera casi exclusiva en territorio catalán e independientes de las compañías que operaban en todo el territorio español.

Sobre esa base, lo que la Ley catalana de 1990 previó fue la creación de un “Servicio Catalán de la Salud” (SCS), al que dotó de una naturaleza jurídica diferente a la que tenía el órgano previo (el INSALUD traspasado) como organismo autónomo de carácter administrativo, creando el SCS como un ente público de carácter institucional, responsable de la financiación de la cobertura y de los servicios y prestaciones sanitarias del sistema público de salud. Al margen de esas competencias, en la Ley se establecía, además, que la gestión de esos servicios, separada de las responsabilidades citadas, se pudiese llevar a cabo mediante fórmulas de gestión diversas –directas, indirectas o compartidas– a través de cualquier entidad pública o privada admitida en derecho. Era, pues, una traducción explícita de la creación de un “mercado” en el que quedaban separadas, de una parte, las funciones de cobertura y financiación, ejercidas por el SCS, y de otra, la provisión de los servicios.

En Cataluña, una Ley posterior, la 11/1995, que modificaba la anterior, sometió al Derecho privado al SCS “en lo que se refiere a las relaciones jurídicas externas, en términos generales”, dotando al propio Servicio de la capacidad de creación de “cualesquiera empresas públicas” y a las regiones sanitarias catalanas que se creaban en la norma, de la de “establecer contratos para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, que deben estar acreditados al efecto, con entidades de base asociativa legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia, total o mayoritariamente por profesionales sanitarios, priorizando a los que están comprendidos en cualquiera de los colectivos de personal...” (propio del SCS), una regla que dio pie a la constitución de algunos de los equipos autoorganizados de atención primaria a los que he hecho alusión anteriormente.

Al amparo sucesivo de esas normas específicas, la gestión de los centros dependientes del antiguo INSALUD se mantuvo agrupada bajo un órgano centralizado único, el Instituto Catalán de la Salud, del que siguieron dependiendo bajo fórmulas de relación similares y sin mayor autonomía los centros citados. Por su parte, la utilización de otras formas de gestión diferentes afectó principalmente a los centros que eran propiedad de las corporaciones locales. La fórmula adoptada de manera más general para que el Servicio

Catalán de la Salud participase de manera más amplia en la gestión de esos centros fue la de constituir consorcios, en los que el propio SCS participaba junto con las entidades locales propietarias de los mismos. Una evolución “federativa” de esos centros llevó a la constitución posterior del Consorcio Hospitalario de Cataluña, como red proveedora de servicios paralela a la constituida por los centros del antiguo INSALUD, con la que el Servicio Catalán de la Salud, como responsable de la cobertura sanitaria en la comunidad autónoma, establecía relaciones contractuales generales homogéneas (por ejemplo, en el establecimiento de niveles retributivos similares del personal), concretadas luego con cada centro. Un tercer grupo “proveedor” se constituyó por las entidades privadas catalanas (compañías de seguros, propietarias de centros sanitarios de mediano tamaño sobre todo en Barcelona) como Unión Catalana de Hospitales, con la misma función. La realidad de la existencia de un “mercado” con algún nivel de competencia real entre redes distintas se ha visto manifiestamente reducida por las escasas posibilidades de sustitución que ofrece la distribución territorial de los centros de una y otra dependencia.

El modelo, más teórico que efectivo, del Informe Abril y el ejemplo más real de la Ley catalana inicial y su desarrollo posterior han tenido efectos diversos sobre el conjunto del sistema sanitario español.

Todos los servicios autonómicos sanitarios que se constituyeron o renovaron su constitución con posterioridad a la Ley catalana, incluso en aquellos casos en que no habían recibido todavía el traspaso del INSALUD, adoptaron formas jurídicas a imitación del SCS catalán que les permitían superar las reglas más limitadas del Derecho administrativo. Sin embargo, como en la práctica totalidad de esos nuevos servicios no se daba la existencia de redes consolidadas de proveedores diversos, en ningún otro caso se llegó a llevar a cabo la separación de las funciones de cobertura-financiación frente a provisión, que había caracterizado la creación de un “mercado” sanitario *sui generis* en aquella comunidad autónoma.

En sentido contrario, el INSALUD, que no había sido transferido a numerosas CC AA (nada menos que a diez de ellas, el 60% de las existentes, cuya población no sobrepasaba, sin embargo, el 40% de la española), no modificó su naturaleza jurídica, ni siquiera tras la entrada en el Gobierno del PP en 1996. Pero, por el contrario, pretendió un remedo de mercado sanitario más limitado aún con el desarrollo durante los primeros años noventa del siglo pasado de un “contrato-programa” con dos niveles de supuesta contratación: el primero de ellos, entre el propio Ministerio de Sanidad, aún responsable de la gestión de los servicios sanitarios de un 40% de la población, y el INSALUD, responsable efectivo de esa atención. El segundo nivel del “contrato” se debía llevar a cabo, en los límites globales definidos por el anterior, entre los órganos centrales del propio INSALUD y cada uno de los centros sanitarios, inicialmente solo los hospitalarios y posteriormente también en el nivel de la atención primaria.

En cada caso, el contrato correspondiente pretendía poner en relación compromisos de actividad definidos por “líneas de producción” (hospitalización, urgencias, ciertas

actividades específicas...) con los presupuestos atribuidos a cada centro, debiendo dar cuenta del cumplimiento de unos y otros al final de cada año, lo que debía ser determinante para la delimitación del contrato en el año siguiente e incluso de la responsabilidad a demandar en su ejecución. En la práctica, diferentes problemas internos entre el Ministerio y el INSALUD en la gestión de la responsabilidad del contrato, y el incumplimiento de hecho de la vinculación entre los presupuestos anuales de los centros con la responsabilidad de los compromisos de actividad previos, llevaron a que el valor del “contrato-programa” como instrumento de gestión en el terreno sanitario del INSALUD se redujera y sus efectos principales fueran, de hecho, una mejora sustancial de la contabilidad analítica de los centros; un resultado no desdeñable, pero muy lejos de las aspiraciones de lograr mediante el mismo un auténtico nuevo instrumento de gestión, cuya aplicación, como consecuencia, tampoco obtuvo una mayor extensión.

Por su parte, la previsión de que las fórmulas de gestión de los centros sanitarios pudieran diversificarse se extendió de una manera muy significativa en la totalidad de las CC AA, en especial en las que habían recibido el traspaso del INSALUD. Cada una de ellas, como se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios (Martín, 2003), acuñó como propia una modalidad de gestión distinta (fundaciones en Galicia; los consorcios mencionados en Cataluña; empresas públicas en Andalucía; Valencia inició en Alzira la constitución de un nuevo centro bajo una modificación de la fórmula PFI⁶⁶, cuya aplicación sanitaria se había iniciado en el Reino Unido; Madrid, también bajo mandato del PP, extendió en un período posterior la aplicación de variantes de esta fórmula). En todos los casos, la aplicación de las nuevas formas de gestión se caracterizó por limitarse a centros de nueva creación, dejando sin modificar las de los centros de la antigua red sanitaria del INSALUD, la necesidad de cuyo recambio había sido precisamente el objeto de las sugerencias, por mucho que fueran de carácter teórico y sin tener en cuenta la situación real del Sistema, del Informe Abril.

Los resultados más evidentes de esa política de diversificación, claramente potenciada por el proceso descentralizador, han sido los de contribuir a hacer imposible garantizar un funcionamiento coordinado del Sistema y añadir mayores dificultades para mantener un control homogéneo de la actividad sanitaria y su ejercicio presupuestario; controles

66 Las dos modificaciones más importantes en ese caso respecto de las fórmulas aplicadas en el Reino Unido fueron, en primer lugar, la inclusión de la gestión de la atención primaria del área a la misma sociedad que gestiona el centro hospitalario, lo que permite a esta controlar las derivaciones al hospital. Esta modificación fue adoptada tras la revocación del contrato inicial realizada sin ninguna penalización para la empresa por la Comunidad Valenciana, tras comprobar la primera que “no le salían las cuentas” con la cuantía del canon anual a pagar fijada sin incluir esa modificación. La segunda, la integración en la unión de empresas que construyó y gestiona el centro de una compañía aseguradora privada, ADESLAS, que ha extendido así su ámbito de actividad, que incluía ya la participación en la gestión sanitaria de MUFACE, a la gestión del SNS. El que fuera director sanitario de esa compañía fue nombrado algún tiempo después director general de Hospitales de la Comunidad de Madrid, con el Gobierno del PP, lo que se ha acompañado de la extensión de la implicación de esa y otras compañías aseguradoras en la construcción de los ocho nuevos centros creados con variantes de esa fórmula en la Comunidad de Madrid.

que no se pueden llevar a cabo con las mismas reglas con centros de naturaleza jurídica diferente y que mantienen una relación con el propio Sistema distinta según su constitución.

En este sentido es de especial valor comprobar que en nuestro país, con motivo de la crisis económica en la que se han exigido recortes también en los presupuestos sanitarios, se han producido los mismos efectos perversos que en el Reino Unido por la aplicación de distintas variantes de las fórmulas de financiación-gestión de centros conocidas como PFI: las cláusulas establecidas en estos contratos, que tienen una duración de treinta o más años y no prevén modificaciones en el sentido de la reducción del canon anual a pagar, sino más bien, por el contrario, su incremento anual para paliar los efectos de la inflación⁶⁷, hacen que cualquier recorte económico que se quiera hacer deba recaer solo sobre los centros públicos, con los efectos consiguientes sobre la calidad de la atención en estos.

En la misma línea, cabe resaltar las dificultades observadas en la aplicación de recortes salariales a los profesionales de centros privados pertenecientes a redes concertadas o de “proveedores” alternativos, como ocurre en Cataluña, si se pretenden extender a esos ámbitos de manera automática las mismas reducciones que se han aplicado en el ámbito público; una cuestión que no es exclusiva del ámbito sanitario y que, en otros sectores, como el educativo, ha derivado ya en pronunciamientos contrarios de los tribunales a hacer posible de forma automática esa aplicación, lo que perjudica a los centros públicos en sus políticas laborales y, como consecuencia, en sus niveles de conflictividad y en la calidad de la atención que ofertan.

Esas situaciones son un buen ejemplo de las dificultades que se derivan de que la organización de un servicio público sanitario de carácter universal se pretenda asentar sobre una red constituida de manera indistinta por centros privados y públicos, relacionados de manera diferente con el Servicio, y no se limite a desarrollar experiencias puntuales, cuya extensión o generalización precisaría de una evaluación previa rigurosa y, en su caso, de la adopción de las medidas organizativas y presupuestarias necesarias. Los problemas de esa extensión o generalización de “nuevas” formas de gestión de los centros no evaluadas fueron ya advertidos por algunos autores (Menéndez Rexach, 2008) ante la extensión de las fórmulas PFI en la Comunidad de Madrid (lo mismo ocurre en el caso de la Comunidad valenciana). Esa forma de hacer entraña el riesgo de la ruptura del servicio público universal como tal, reserva habitualmente los perjuicios que se puedan derivar de las medidas de control del gasto que sea preciso adoptar en épocas de crisis económica para los centros públicos, y constituye, por todo ello, un argumento importante sobre la necesidad de que las normas constitutivas del Sistema Nacional de Salud español incluyan,

⁶⁷ En sentido contrario al indicado, los nuevos hospitales construidos bajo variantes de esa fórmula han demandado una mejora de sus condiciones económicas, bajo amenaza de “colapso” si no se satisfacen esas demandas, atribuidas a supuestas insuficiencias del canon (Sevillano, 2011).

como ocurre en Canadá, disposiciones y condiciones expresas sobre las formas de organización del propio Sistema y de los centros que forman parte del mismo, como parte esencial de su regulación.

e) La relación con los proveedores y los sistemas de compras

El desarrollo desde la LGS de las políticas de relación con los proveedores, especialmente con la industria farmacéutica y las oficinas de farmacia, pero también con otros sectores tecnológicos, se puede caracterizar globalmente como continuista con las diseñadas incluso antes de la instauración de la democracia, con el resultado de que el problema principal en este sector sigue siendo que, desde el punto de vista sanitario, no se ha logrado reducir la proporción de esta parte del desembolso en el gasto sanitario total. Como han descrito otros trabajos previos (Iñesta, 2005), cualquier aumento del gasto sanitario tiende a ser absorbido por el incremento en estas partidas, en especial en el sector farmacéutico, no dejando a los restantes componentes del mismo, que incluyen partidas tan importantes y capitales para el desarrollo adecuado del sistema sanitario como las políticas de personal, ningún espacio para el crecimiento, con los efectos negativos consiguientes sobre la redistribución más eficiente del gasto total que se pudiera pretender.

Ese panorama general ha sido compatible con varias realidades distintas:

1) En primer lugar, una actividad reguladora febril en este campo, en el que se han ido produciendo un elevado número de normas sucesivas y en ocasiones hasta contradictorias⁶⁸, que no tiene probablemente comparación con la actividad reguladora en otros ámbitos de las políticas sanitarias.

Esa proliferación normativa, desarrollada de manera casi única desde la Administración General del Estado, que tiene constitucionalmente atribuida la competencia exclusiva de la “legislación sobre productos farmacéuticos” (art. 149.1.16 de la Constitución Española), ha permitido el desarrollo de numerosas políticas concretas, pero no el de una “política farmacéutica” global que diera respuesta coherente a todos los contenidos y enfoques que deberían incluirse en esa definición.

Entre esos enfoques habría que situar no solo las relaciones del SNS con la industria farmacéutica o con los propietarios de las oficinas de farmacia, sino también las políticas de desarrollo industrial, muy relacionadas a su vez con la regulación de las patentes, las

68 Dos buenos ejemplos de regulaciones contradictorias son la de los precios de referencia y la de los medicamentos genéricos, que han permitido que el precio de algunos productos “de marca” haya podido venir siendo inferior al de los genéricos de la misma composición, reduciendo el efecto de la introducción de estos últimos, que son una parte importante de los instrumentos de control y reducción del gasto en la mayoría de los países, en el mercado español. Sobre los detalles y contradicciones de la introducción de estas dos clases de medidas concretas se puede ver Rey del Castillo (2010b:437-48). Sobre las limitaciones de la regulación de los genéricos en España, véase Iñesta (2007).

políticas de precios y de márgenes comerciales de los medicamentos, o las políticas de compras a desarrollar por los distintos componentes del SNS.

2) La dificultad de un desarrollo armónico de esas diferentes políticas para dar lugar a un equilibrio entre las que tienen como objetivos principales los sanitarios, en el sentido de proporcionar de la manera más eficiente posible los medicamentos que pueden proporcionar beneficios a la salud de la población y aquellas otras cuya preocupación principal es el desarrollo industrial, no es solo propia de nuestro país. El equilibrio es siempre resultado de la tensión inestable entre esos intereses distintos, representados por los sectores correspondientes, e incluso por los departamentos ministeriales de un mismo gobierno que intervienen en sus regulaciones respectivas, que se da en cuantos países tienen un desarrollo significativo de estas industrias⁶⁹, caracterizadas en un apartado anterior) como el área de desarrollo productivo actual más potente.

Lo característico de la situación española es que, en esa situación de necesaria tensión, lo habitual ha sido la subordinación de los intereses sanitarios a los de esos otros sectores. Puede servir de ejemplo de ello el sistema de determinación de los precios de los productos farmacéuticos, que se acuerdan en órganos en los que la representación sanitaria es solo una parte, a la vez que, por su forma de fijación⁷⁰, se impide al sistema sanitario público negociar con los proveedores la obtención de los beneficios que podrían derivarse de una adecuada utilización de su posición monopsonica si el conjunto del sistema sanitario público actuara al unísono.

Otro ejemplo de esa subordinación es el sistema de convenios con la industria farmacéutica y con los farmacéuticos propietarios de las oficinas de farmacia, que sigue rigiendo las relaciones del Sistema con unos y otros (y que en el caso de los segundos se acompaña del apoyo al mantenimiento de la exclusividad de la propiedad de las oficinas de farmacia por los farmacéuticos), pese a su demostrada ineficacia para

69 Para el caso del Reino Unido, donde nació el primer Servicio Nacional de Salud y que es a la vez el asiento de una potente industria farmacéutica, se puede ver Abraham (2009).

70 Lo que la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, creada por la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, lleva a cabo en relación con esos precios es precisamente “establece(r) el precio industrial máximo para cada especialidad farmacéutica que se dispense en territorio nacional, financiada con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad”, y no establecer un precio del medicamento sobre la base de sus costes de producción, que pudiera ser luego negociado por el SNS para su utilización por el mismo. “El proceso completo de establecimiento de precio de los productos farmacéuticos sigue siendo oscuro. El resultado final viene determinado más por una serie de decisiones discrecionales y de negociaciones que consumen mucho tiempo que por un procedimiento objetivo y predecible... la impresión global es que la influencia de la evaluación económica (de los medicamentos) sobre las decisiones relativas a los precios es muy pequeña” (López Bastida, 2000: 606-607). Es curioso comprobar la coincidencia de ese esquema de aplicación de los precios de los medicamentos a un sistema público, con la prohibición a *Medicare*, el sistema público que cubre a la población jubilada en Estados Unidos, de negociar los precios de los medicamentos que se utilizan por ese grupo de población; prohibición que, como he indicado en apartados previos, se estableció en 2003 durante el mandato del presidente George W. Bush.

lograr la reducción de esa partida del gasto, excluyendo en la práctica cualquier otra opción posible.

3) Un último comentario sobre la situación actual en el ámbito de las políticas farmacéuticas y de la relación con los proveedores tecnológicos del SNS es el relativo a la distribución competencial en este sector.

Como consecuencia de la previsión constitucional citada antes y de una interpretación y aplicación determinadas de la misma que no son las únicas posibles, cuantas disposiciones se han dictado en ejecución de unas y otras lo han hecho por la Administración General del Estado, dejando al margen de su elaboración, en la mayoría de los casos, a las CC AA. Son estas, sin embargo, las que, una vez recibido el traspaso del INSALUD, soportan la relación efectiva con los agentes de este sector, tanto con la industria como con los profesionales farmacéuticos o con los médicos que hacen efectiva la prescripción y son las que deben hacer frente al gasto, que sigue siendo el problema principal en esta campo. Una situación sobre cuyos inconvenientes se ha llamado la atención con frecuencia, dado que las CC AA deben asumir las consecuencias de políticas y normas impuestas, sin haber podido aportar sus criterios para su elaboración y puesta en marcha. En consecuencia, se demandan formas descentralizadas de gestión de las políticas farmacéuticas acordes con la descentralización sanitaria que ha tenido lugar (Meneu, 2005: 165-181; 2008).

Sin embargo, cuando estas se aplican, como ha ocurrido en fechas recientes con la comunidad autónoma gallega, que estableció una lista positiva propia de productos de determinada composición financiados por el Servicio Gallego de Salud, incluyendo en el mismo tan solo las especialidades de precio más bajo, esas actuaciones⁷¹, que son coherentes con la búsqueda de la eficiencia en el funcionamiento por parte de los servicios autonómicos de salud, eficiencia que se les demanda en su ejecución presupuestaria, son recurridas por razones de “fuero” competencial por el Ministerio de Sanidad, en vez de buscar mecanismos que puedan permitir la generalización de unas medidas cuya efectividad sería mucho mayor si se adoptasen de manera global por el conjunto del SNS.

El diseño de las políticas en este terreno debe en todo caso tener en cuenta la experiencia de otros países con diferentes grados de organización federal o descentralizada:

- En Italia, la relación directa entre los Servicios Regionales de Salud y la industria ha dado lugar a que, el logro de mejores precios por parte de las regiones con mayor población, mayor capacidad económica asociada y, en consecuencia, mayor capacidad

71 Otras CC AA han desarrollado actuaciones en el mismo sentido: Andalucía ha realizado concursos para el abastecimiento de determinados productos al precio más bajo. Castilla-La Mancha ha sometido a visado la prescripción de más de 150 productos de consumo muy extendido que tienen alternativas terapéuticas de eficacia similar y precio más reducido. Aunque han sido denunciadas por la industria farmacéutica y las organizaciones de farmacéuticos, no han sido recurridas por el Departamento sanitario central, aduciendo para ello las diferencias formales entre unas y otras medidas (Benito, 2011).

de negociación ha dado lugar a niveles de prestación farmacéutica diferenciados (y más costosos para la población de las regiones más pobres) en función de su situación en ese *ranking*, en perjuicio de las regiones en peor situación (Jommi, 2003).

- En Canadá, donde la prestación farmacéutica no está incluida en la cobertura pública universal y se mantienen diferentes grados de cobertura por parte de cada una de las provincias, las cuales, en relación con ello, presentan diferentes niveles de gasto (Morgan, 2004, 2005), algunas de ellas se han asociado para lograr un sistema de compras unificado, ante las dificultades de que un acuerdo general adoptado por los primeros ministros de todas las provincias en 2004 en ese sentido progresase de manera adecuada (Health Edition, 2009).

Los ejemplos de esos países permiten poner en evidencia que los cambios que sería conveniente introducir en la política farmacéutica en España no corresponden tan solo al terreno específico de la regulación farmacéutica y a la participación en la misma de las CC AA, como se reclama por estas, sino que deberían formar parte, con sus especificidades, de una política general de recuperación de las bases estructurales de un funcionamiento integrado del SNS.

Integración que, en el campo de la relación con los proveedores en general, tiene todavía muchos pasos que avanzar en un primer nivel, en el ámbito del funcionamiento efectivo y coordinado de las Agencias de Evaluación de Tecnologías existentes, cuyo objetivo sería incorporar a la prestación del Sistema solo aquellos productos de cualquier naturaleza que demuestren una adecuada relación coste-efectividad y cuyo funcionamiento presenta amplios defectos, no solo en cuanto a la coordinación de sus actuaciones, sino también en cuanto al traslado de sus valoraciones al ámbito real de la política de prestaciones en el SNS (Rey del Castillo, 2011).

En relación con ello, sería también necesaria el establecimiento de un verdadero sistema de compras unificado que, aunque previsto ya en la LGS, no se ha llegado nunca a constituir⁷² y sin cuyo funcionamiento efectivo los estudios y análisis de coste-efectividad

⁷² Algunos ejemplos que siempre se utilizan para justificar algunos avances en ese sentido, como la compra de vacunas mediante un sistema común abierto a las opciones voluntarias de cada una de las CC AA, en especial en determinadas situaciones de supuesto peligro epidémico, como la reciente alarma causada por la gripe de origen porcino, no son más que un mal remedo de lo que debería ser una auténtica central de compras del SNS. Las adquisiciones realizadas en ese caso concreto por una cuantía muy superior a la que después se demostró necesaria se llevaron a cabo mediante el adelanto de las aportaciones económicas precisas por el Ministerio de Sanidad, realizadas mediante un crédito extraordinario habilitado por el Gobierno, sin que las compensaciones económicas por parte de las CC AA de productos que resultaron en buena parte sobrantes se hayan aclarado. La constitución de una verdadera central de compras sería un buen ejemplo de los grados de integración que debería lograr el SNS para garantizar su eficiencia, al margen de cuestiones competenciales sobre la capacidad de autoorganización que asisten a las CC AA y de que el propio SNS carezca de personalidad jurídica propia y sea tan solo una imagen de marca sin existencia real.

realizados por las Agencias de Evaluación de Tecnologías, que, por otra parte, estas realizan hasta ahora de manera poco eficaz, se quedan en meras recomendaciones de carácter teórico, sin aplicación real ni efectos sobre la eficiencia del Sistema.

En este sentido, resulta paradójica la facilidad con la que recurren a los mecanismos de economías de escala mediante la constitución de sistemas de compra unificados algunas redes de hospitales privados que se están introduciendo en la gestión del sistema sanitario público: es el caso de la empresa Ribera Salud, promotora del Hospital de Alzira, citado antes, cuya participación en la gestión del Sistema se ha extendido mediante la construcción de diferentes hospitales en la Comunidad Valenciana y en la de Madrid, y que, en fechas recientes, anunciaba la constitución de una central de compras unificada para todos ellos (Acta Sanitaria, 2011). La confesión por parte de la empresa citada en cuanto a la eficacia de utilizar esa clase de instrumentos en la gestión de los recursos sanitarios debería servir de ejemplo y revulsivo para lograr la implantación de instrumentos semejantes en el SNS, cuya regulación debería formar parte específica de sus normas constitutivas.

f) Las políticas de personal

En el terreno de las políticas de personal, el desarrollo de las mismas posterior a la LGS ha sido también, además de tardío, limitado y poco coherente con el mantenimiento de las aspiraciones universales e igualitarias que supuestamente subyacían a la constitución del SNS.

Desde el punto de vista temporal, la mejor expresión del retraso de una regulación adecuada de estas políticas es que las dos normas que la han desarrollado, el Estatuto Marco, cuyo desarrollo estaba previsto de manera expresa en la LGS, y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que no tenía esa condición, fueron aprobados en 2003, bajo mandato del Partido Popular, es decir, 17 años después de la propia LGS y más de un año después de que se hubiera completado el proceso de descentralización de la gestión del sistema sanitario de la Seguridad Social, que constituyó la base de la creación del SNS.

1) El retraso en la aprobación del Estatuto Marco previsto en la LGS se debió en buena parte a la manifiesta y sostenida oposición sindical (de los sindicatos de clase, pero también de los sindicatos profesionales) a que se modificara el carácter de la relación “estatutaria” que mantenía el personal de diferentes categorías de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Esa condición, que permitía acudir a los aspectos más favorables de la relación administrativa o laboral según las materias de que se tratase, se traducían en la existencia de diferentes estatutos, uno para el personal médico, otro para las distintas profesiones relacionadas con la enfermería, otro para el personal “no sanitario de las instituciones sanitarias”, establecidos de manera sucesiva, el último de ellos promulgado apenas dos años antes de la instauración de la democracia en España.

El intento de reconducir la relación de ese personal al ámbito laboral obtuvo su primer fracaso durante la elaboración de los borradores y proyectos de LGS previos a su aprobación. La capacidad de la oposición manifestada a esa reconversión de la naturaleza de la relación jurídica con el personal queda patente en el hecho de que el Estatuto Marco finalmente aprobado mantuvo su carácter “estatutario”.

Por el contrario, el mantenimiento de ese carácter durante diecisiete años, sin cambios normativos y luego confirmado por el desarrollo legal aprobado, no impidió que a lo largo de ese tiempo, y en especial a partir de los primeros años noventa, se produjese una explosión de formas contractuales atípicas y no reguladas en los estatutos en las mismas instituciones en las que en teoría estaban en vigor aquellos. Esta explosión se produjo, sobre todo en las formas de contratación del personal médico, en cuyo ámbito y con el supuesto objetivo de mejorar la productividad de los profesionales, sobre la base de reducir la seguridad en los puestos de trabajo (frente al desempeño de las plazas “en propiedad”, característico del personal estatutario), proliferaron toda clase de contratos atípicos⁷³.

Por otra parte, la proliferación de esas formas irregulares o atípicas de contratación se acompañó del incumplimiento generalizado de las formas y plazos previstos en los estatutos para las convocatorias de plazas bajo ese régimen; una situación cuya regularización solo temporal (puesto que se han seguido produciendo situaciones similares después) requirió la realización de una oferta pública de empleo (OPE) que, por los intereses contradictorios entre los distintos grupos de personal de cada categoría profesional que debía atender, se fue demorando hasta que se decidió su convocatoria por el PP en 2001. La OPE, por otra parte inevitable si se quería evitar que la situación creciera como una bola de nieve, tardó en resolverse más de cinco años y, por la variedad y cantidad de plazas y categorías a las que afectó (puede verse a estos efectos Rey del Castillo, 2010b), provocó una situación general de inestabilidad en las instituciones sanitarias y en las relaciones de buena parte del personal sanitario con la población a atender, que no contribuyó para nada al mantenimiento de la calidad de la atención y de la eficiencia de la gestión de los centros públicos.

A su vez, la situación de inestabilidad provocada por la repetida reedición de esas formas contractuales temporales diversas, y en muchos casos irregulares, convirtió a ese personal en sujeto de las actuaciones dirigidas a la reducción o modificación de las plantillas de los centros públicos de la antigua red de la Seguridad Social que se fueron produciendo por diferentes razones: en el caso de la Comunidad de Madrid, la contratación de

73 Más allá de los nombramientos “interinos” o eventuales previstos para determinados supuestos específicos, aparecieron los contratos “de guardias”, de tiempo parcial, modalidades específicas de contratos de obra, temporales y otros muchos, cuya variedad resulta imposible sistematizar. La segregación de los presupuestos de investigación de los centros sanitarios, mediante la creación de “fundaciones de investigación”, financiadas con fondos ajenos a la financiación sanitaria general, permitió añadir a esas modalidades la presencia de personal ajeno a la relación directa con los centros en los mismos.

determinados especialistas para los nuevos centros, bajo distintas variantes de la fórmula PFI, ha tomado como base principal el personal que mantenía contratos de esa naturaleza en los centros públicos mencionados. En el caso de Cataluña, los recortes de plantilla que se han planteado en el contexto de los recortes económicos más amplios en el terreno sanitario que ha propuesto el nuevo Gobierno de CiU tienen como soporte principal el personal sometido a toda clase de contratos temporales atípicos o de interinidad.

Por otra parte, el mantenimiento de la condición estatutaria para una parte significativa del personal, en todo caso el de mayor antigüedad, ha derivado en el mantenimiento, con manifiesto apoyo sindical, de políticas retributivas y de incentivos de una u otra naturaleza, incluida la creación de nuevos complementos o el desempeño de puestos de responsabilidad organizativa, que han dejado por completo al margen la valoración y el control del rendimiento personal. Una situación que contrasta abiertamente con la desarrollada en los nuevos centros creados bajo fórmulas de gestión privada.

Una cuestión diferente de los efectos del mantenimiento de la relación estatutaria ha sido su adopción por la práctica totalidad de las CC AA a medida que iban asumiendo los traspasos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (la única excepción ha sido Navarra, donde, tras un tiempo bajo ese régimen, la relación se reconvirtió en funcional). Sin embargo, la introducción de cláusulas de valoración específica de la actividad desempeñada en el propio ámbito territorial para el acceso a las plazas ha servido para dificultar la movilidad del personal entre distintos servicios de salud, que era, por su parte, una garantía añadida de igualdad en la calidad de la prestación.

Un último aspecto a considerar respecto de la relación estatutaria y su mantenimiento sin modificación sustancial en el Estatuto Marco aprobado en 2003 es que este último, como los previos, incorpora en su ámbito de aplicación tan solo al personal incluido en los distintos estatutos del personal de los centros y servicios de la antigua red de la Seguridad Social. Se trata de una deriva que se fue produciendo de forma progresiva a medida que pasaba el tiempo sin cumplir las previsiones de desarrollo del Estatuto previsto en la LGS, pero que, cuando adquirió el carácter de ley, supuso de hecho la claudicación definitiva, con fines posibilistas de cumplimiento formal del mandato legal, en las aspiraciones de dotar a todo el personal que trabaja en instituciones propias del SNS de una relación homogénea que facilitara la gestión de los centros. El resultado es el contrario al indicado: en los centros, sobre todo en los de algunas CC AA, convive personal de distintos regímenes; o, en otros casos, de un mismo servicio autonómico de salud forman parte centros con personal con relaciones contractuales distintas. Se trata de circunstancias que en uno y otro caso dificultan la gestión de esos centros y servicios y su funcionamiento integrado con unas mismas reglas de funcionamiento básico en el terreno del personal, que es una parte sustancial de su propia gestión.

2) El otro aspecto a destacar en cuanto a las políticas de personal se refiere a las relaciones con y entre las profesiones sanitarias, algo que no estaba contemplado en la LGS y que solo fue desarrollado de manera expresa mediante una norma, la Ley de Ordenación de

las Profesiones Sanitarias (LOPS), desarrollada en una legislatura precisa en paralelo a la última fase de desarrollo del Estatuto Marco y aprobada y promulgada a la vez que este.

Esta última ley supone la plasmación de una tendencia a encerrar cada una de las profesiones sanitarias en un compartimento estanco definido por actividades y funciones “exclusivas”, que se venía manifestando desde antes de la instauración de la democracia en España. Una tendencia que tenía su asiento en la existencia de colegios profesionales, cuya constitución en la fase previa a la democracia, que no ha sido todavía modificada, los convertía en cauce de encuadramiento y participación política de las profesiones “liberales”. Como tales, han carecido siempre de una organización interna y de una regulación que les permitiera contribuir al control eficaz del ejercicio profesional; más aún cuando, como ocurre en el caso sanitario, aquel ha pasado de llevarse a cabo de manera individual a realizarse principalmente en el ámbito colectivo de los servicios públicos de salud o incluso en el privado de las compañías de seguro, dejando la actividad estrictamente privada y solitaria como un recuerdo residual del pasado, que el progreso tecnológico hace imposible reeditar.

Cada una de las tres profesiones sanitarias principales: médicos, farmacéuticos y personal de enfermería, ha venido haciendo una utilización distinta de esos mecanismos corporativos disponibles:

- En el caso de los médicos, diferentes intentos desde la izquierda más afín a los planteamientos de creación de un sistema público y universal de salud para adquirir la hegemonía en los colegios, pese a algunos éxitos puntuales (en especial en Cataluña), fracasaron globalmente. Una corriente nacida a partir de la constatación de ese fracaso promovió la puesta en cuestión de la colegiación obligatoria, al menos para el ejercicio en el ámbito público, lo que, ante la permanencia de la ley preconstitucional que sigue regulando los colegios, fue rechazado por los tribunales de justicia hasta el nivel del Constitucional.

Que la vida corporativa siguiera siendo dominada por los sectores de la derecha profesional, en muchos casos la más recalcitrante, que, además, seguía accediendo a los puestos directivos por mecanismos que no tenían nada que ver con el ejercicio profesional real para ejercer supuestamente el control sobre este, no impidió que por parte de las autoridades sanitarias se promoviera una representación cada vez más amplia de los colegios médicos en las políticas profesionales realizadas desde el ámbito del Ministerio de Sanidad. Sin embargo, las limitaciones evidentes de esa vía de representación fueron llevando a que esta fuese progresivamente compartida por las representaciones de las sociedades científicas que se fueron constituyendo, las cuales fueron adquiriendo un desarrollo cada vez más amplio, en buena parte sobre la base del apoyo a la formación médica (congresos, cursos) de las empresas fabricantes de los productos de uso más característico de cada especialidad. Una situación que proporcionaba a las empresas en concreto y a los sectores de los proveedores del

sistema sanitario en su conjunto, una vía de influencia privilegiada no solo sobre los médicos de manera individual, sino también sobre esas representaciones grupales, cuyo poder, a través de la participación en los mecanismos colectivos establecidos al efecto (quizás el más evidente el Consejo Nacional de Especialidades, pero a medida que se han ido desarrollando planes de salud sectoriales, también la Agencia de Calidad, y otros varios componentes del organigrama ministerial), proporciona a la industria una vía adicional de penetración de sus intereses en el interior del SNS.

Buscar las formas de aunar la representación profesional para que tengan su razón de ser en el ejercicio profesional real, dotarla en lo posible de independencia de los proveedores del Sistema y hacer acorde esta representación con las funciones colectivas y de participación en el desarrollo de las políticas sanitarias en las que se la quiera implicar, son cuestiones específicas que deberían formar parte de una nueva regulación de la organización corporativa de los médicos como la que ahora se está planteando a través de la modificación de la ley que regula los colegios profesionales. Sobre esta se conocen las posturas de otros departamentos ministeriales, pero permanecen inéditas las del Departamento sanitario, más aún en términos más amplios de coherencia con la organización con el conjunto del Sistema y sus políticas, como una manifestación añadida de la cortedad de miras con la que se desarrollan las políticas sanitarias en nuestro país desde que se creó el SNS.

- En cuanto a los farmacéuticos, a partir de la existencia del convenio para la dispensación de los medicamentos en el SNS a través de las oficinas de farmacia, la representación corporativa se ha centrado de manera preferente y casi exclusiva en la defensa de los intereses de los propietarios de aquellas, a los que se pretende mantener a toda costa como únicos dispensadores de los medicamentos. Otras líneas de trabajo desarrolladas, como la llamada “atención farmacéutica”, o el “modelo mediterráneo de farmacia”, no son más que recubrimientos diferentes de un mismo objetivo principal, que es el mantenimiento del papel de los farmacéuticos “propietarios” como dispensadores exclusivos y excluyentes de la dispensación de medicamentos fuera de los centros del SNS.

Por otra parte, el papel que representan los colegios provinciales como contratantes y, sobre todo, facturadores colectivos de las recetas consumidas por y en el SNS, dota a esos colegios y a su Consejo General de un importante poder económico (derivado por una parte de una gestión de los pagos en términos y plazos que les resultan favorables, pero también de la acumulación potencial de información sobre la prescripción individual de cada médico⁷⁴), que les proporciona a su vez una

⁷⁴ El poder que proporciona a la industria farmacéutica el disponer de esta información para orientar e influir sobre la prescripción de los médicos no es una peculiaridad de nuestro país. El Estado de Vermont, que, de manera coincidente, es uno de los pocos Estados estadounidenses que, en respuesta a la reforma sanitaria del presidente Obama, está desarrollando una legislación específica para crear un asegurador sanitario público único (la llamada opción *single payer*), ha promovido simultáneamente otra legislación específica que impide a las empresas farmacéuticas y a otras dedicadas a recoger esa

importante capacidad de obtener asesoría legal y económica para dificultar cualquier cambio en esa situación.

Cambiar esas reglas del juego debería ser, en el caso de los colegios farmacéuticos, el objetivo principal, diferente al de los médicos, de una nueva regulación de esas corporaciones profesionales, en un momento en el que el ejercicio profesional de los farmacéuticos titulados dista mucho de ser la fabricación artesanal de preparados medicinales que dio origen a la propia profesión. Un cambio difícil de lograr si se pretende llevar a cabo solo mediante una regulación de carácter general aplicable a cualquier situación.

- El personal de enfermería tiene también sus características específicas, consistentes en haber conseguido, mediante la intervención corporativa, una extensión general de la consideración legal de la titulación, trasladable a mejoras económicas en sus retribuciones, sin una modificación de las condiciones formativas y de trabajo de la mayoría de la profesión.

El proceso ha permitido pasar a la titulación en enfermería básica del nivel elemental con el que todavía se formaron las enfermeras más antiguas que aún se mantienen trabajando en el sistema sanitario, al nivel de diplomatura universitaria, extendiendo esta titulación a toda la profesión mediante unos “cursos de homologación” que, previstos inicialmente para grupos limitados de titulados en un período acotado en el tiempo, terminaron por incluir a toda la profesión a lo largo de los más de veinte años en que se siguieron realizando para alcanzar ese objetivo. A su vez, la modificación de los estudios universitarios realizada recientemente para homologar y adaptar los estudios universitarios españoles a la normativa europea ha dado lugar a que los estudios de enfermería se sitúen al nivel universitario básico, previendo la posibilidad de acceder a los niveles de máster y doctorado con la misma titulación.

Una primera característica destacada de estos procesos es que los mismos no han supuesto ningún cambio significativo en el trabajo de la mayoría del personal de enfermería, ni la definición de puestos de trabajo y funciones diferentes a las que se venían desempeñando tradicionalmente. En esta ausencia de definición clara de nuevos roles por parte de, al menos, una parte de la profesión, cabe incluir las consultas de enfermería establecidas en los centros de salud, a las que he hecho referencia en un apartado anterior, cuyo sentido y definición general están lejos de haberse alcanzado.

información (*IMS Health*) utilizar la misma para orientar el marketing de los productos de las primeras. Esta legislación ha sido recurrida ante los tribunales de justicia y en los días en que se redacta esta nota está siendo objeto de decisión en el Tribunal Supremo de aquel país (Singer, 2011), en un proceso en el que la legislación del Estado citado ha recibido el apoyo de los fiscales de otros doce Estados, de asociaciones de pacientes y hasta de una de las revistas médicas más prestigiosas, el *New England Journal of Medicine* (Curfman, 2011). Por supuesto, en nuestro país los colegios de farmacéuticos niegan cualquier utilización de esa información, de la que en todo caso disponen, para usos distintos a la facturación de cada oficina de farmacia.

La segunda es el papel que ha desempeñado en este proceso la organización corporativa, que ha sido muy destacado. Ese papel se sustentó en buena parte en sus comienzos, en la afinidad política que existía entre quienes ejercían la representación corporativa (y las representaciones sindicales) en aquel momento y el Partido Socialista entonces en el Gobierno de la nación. Tal afinidad permite comprender la escasa exigencia y manifiesta tolerancia en los plazos y criterios aplicados con que se llevó a cabo el proceso de homologación descrito más arriba. De esa primera fase data también la creación, en los centros sanitarios, de direcciones de enfermería independientes de la dirección médica, cuyos efectos sobre el funcionamiento de esos centros no han sido nunca evaluados en profundidad.

El conjunto de circunstancias y actuaciones citadas permite, además, situar los desarrollos habidos en la enfermería en nuestro país como procesos de “liberación” de la subordinación de esta actividad a la médica, antes que como desarrollos de la propia profesión generados a partir de su propio trabajo, como lleva ocurriendo en otros países desde hace tiempo.

Permite, además, entender por qué con la actual representación corporativa de la enfermería, de carácter manifiestamente opuesto a la que existía en el período democrático inicial al que me he referido, y a la que sustituyó hace más de dos décadas, se sigue planteando el desarrollo de funciones “paramédicas” como objetivo central de la profesión, con la acogida y el apoyo de los sucesivos gobiernos de cualquier color, frente a la persistencia de unas formas de trabajo para la mayoría de los profesionales de esta titulación iguales a las que desarrollaban desde siempre: el mejor y más reciente ejemplo es la insistencia en el desarrollo de la “receta enfermera”, que, si se lleva a cabo de la misma manera que se hace en otros países, solo sería utilizable, con todas sus limitaciones, por una parte muy limitada y específica de la profesión. Una profesión que, por otra parte, por lo que se caracteriza ante todo en los países de nuestro entorno es por la diversificación de formas y niveles de ejercerla para adaptarse a las distintas situaciones en las que puede y debe hacer su contribución (Hernández Yáñez, 2010).

El último ejemplo citado en el caso de la enfermería sirve también para explicar cómo una organización de las profesiones sanitarias basada en una delimitación estricta de las actividades y funciones de cada una de ellas se compadece mal con la realidad del sistema sanitario. Para el buen funcionamiento de este es imprescindible la colaboración interprofesional y la permeabilidad en la distribución de las labores llevadas a cabo por profesionales de distintas titulaciones para adaptarse de la manera más eficiente posible a los cambios tecnológicos y obtener de ellos los mejores resultados. Estas cuestiones cualitativas tienen, a su vez, una importante proyección sobre la planificación cuantitativa del personal sanitario, que en España ha tenido en las últimas décadas importantes déficits. En ese terreno, los criterios docentes, vehiculados por el Ministerio de Educación, han primado sin el contrapeso debido sobre las necesidades de personal del sistema sanitario, que no han sido debidamente

representadas por un Ministerio de Sanidad cuyas carencias en el desarrollo de estas políticas han sido también manifiestas.

El papel de refuerzo de esa orientación “separadora” de las profesiones sanitarias que han representado los colegios sanitarios tal y como están constituidos justifica por qué, si se pretenden cambiar las políticas de personal en el SNS en un sentido profesional integrador y no competitivo intentando arrebatar competencias y funciones entre unas y otras profesiones sanitarias, esos cambios deben acompañarse de una nueva regulación acorde con los mismos de las organizaciones profesionales correspondientes, en cuyo diseño debería tener un papel importante el Ministerio.

C.2) La convergencia entre partidos en las políticas relacionadas con el SNS

En el apartado anterior he hecho referencia a los déficits estructurales que afectan a aspectos fundamentales del SNS como consecuencia del desarrollo organizativo y legal llevado a cabo a partir de la LGS hasta el momento actual.

Lo que constituye una característica peculiar añadida a esa situación es que, a medida que se iba produciendo un desarrollo de la LGS y del propio SNS inadecuado y precario en muchos aspectos, se ocasionaba a la vez una convergencia en la valoración positiva del mismo por parte de la mayoría de los partidos políticos, y en especial por los dos que han ejercido la responsabilidad del Gobierno de la nación. Y ello pese a las diferencias habidas entre ellos en la aprobación de la Ley, que llevó al Partido Popular en su momento a presentar una enmienda a la totalidad del texto.

Cabe recordar a este respecto lo ocurrido en las últimas décadas en otros países: esas experiencias permiten considerar que los períodos en los que se produce la confluencia de puntos de vista en el desarrollo de un modelo sanitario entre partidos y grupos de los que cabría suponer posiciones antagónicas respecto al desarrollo del Estado de Bienestar y la constitución de servicios de salud públicos y universales suponen en la práctica, de una u otra forma, el retroceso en esas características. Por el contrario, a la luz de esas experiencias ajenas, el avance hacia la consecución de servicios públicos universales e igualitarios se ha producido en fases en las que han empujado de manera diferenciada en esa línea los partidos de la izquierda, con un grado de apoyo que ha permitido consolidar los avances producidos durante amplios períodos, en los que los cambios de gobierno a partidos conservadores no ha modificado la esencia estructural y organizativa de los servicios así constituidos.

En el caso español, la situación no ofrece duda alguna sobre el significado de una tendencia manifiesta a la igualación de las posiciones de los dos partidos mayoritarios en relación con el SNS: desde hace catorce años, con motivo de la aprobación de la Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el SNS, el Partido Socialista ha venido prestando apoyo total o parcial a normas que, como aquella, se desarrollaron por el Partido Popular durante sus dos mandatos de Gobierno, de 1996 a 2004. Entre ellas,

además de la citada, hay que incluir el nuevo modelo de financiación autonómica, integrando en ella la sanitaria, aprobado en 2002, que se acompañó del cierre de los trasposos de la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) a diez CC AA, sin objeción general alguna a los mismos ni oposición de los gobiernos autonómicos respectivos de uno u otro color. Sirven también de ejemplo de esa tendencia, pese a sus limitaciones, las dos normas en materia de personal, el Estatuto Marco y la LOPS, a las que he hecho referencia en el apartado anterior. Y también, por supuesto, la Ley de cohesión y calidad del SNS, promulgada también en 2003, que, salvo alguna excepción puntual en su articulado, contó con el apoyo casi completo para su texto del Partido Socialista, pese a que, como he analizado en otros trabajos previos (Rey del Castillo, 2003; 2010b), no supuso ninguna modificación significativa de los mecanismos de coordinación en el SNS respecto de los que existían antes de completarse el proceso de descentralización⁷⁵.

Por otra parte, ese acercamiento socialista a iniciativas sanitarias populares que han tenido una influencia significativa en la configuración actual del SNS tuvo, además, en una fase siguiente, consecuencias importantes sobre las actitudes de los gobiernos socialistas posteriores cuando ese partido volvió al Gobierno de la nación: comandado por una ministra que carecía de ninguna competencia ni interés reconocido en materias sanitarias, y probablemente buscando la coherencia con las posturas socialistas previas en relación con las leyes citadas, el primer Ministerio de Sanidad socialista de la segunda época (y lo mismo hicieron los posteriores) optó por desarrollar las normas populares citadas en lugar de desarrollar políticas propias y diferenciadas en esos terrenos, todos ellos esenciales para consolidar la situación del SNS y mantener las características universales e igualitarias del sistema de protección sanitaria supuestamente previstas en la Ley⁷⁶.

75 Las únicas diferencias significativas en materia sanitaria desde esa época entre los dos partidos mayoritarios se han dado en temas relacionados con “la moral y las costumbres”: los únicos desarrollos legislativos distintos entre ellos han ocurrido en el campo de la reproducción asistida y el aborto, y en el ámbito aún no tratado de la asistencia en las fases terminales de la vida. Todo parece apuntar a que, a falta de desarrollos diferentes traducibles en efectos económicos directos o indirectos, el Partido Socialista pretende obtener sus réditos electorales en el terreno sanitario de esos cambios “sociales”, que en todo caso, sin pretender con esto quitarles importancia y pese al enfoque discutible en algunos de ellos, en especial en el campo de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, al que se hace referencia más adelante, afectan solo a los intereses de grupos determinados de población.

76 Algunas de las actuaciones de la Sra. Salgado en el ejercicio de las responsabilidades sanitarias resultan especialmente importantes de recordar, ahora que ejerce como responsable de la cartera económica del Gobierno: como ministra de Sanidad provocó un conflicto importante con las CC AA populares en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, al negarse a que en este órgano se abordara el análisis de la financiación del SNS, una cuestión que, con una gestión adecuada desde el punto de vista sanitario, se podría haber tratado no solo desde el punto de vista de los ingresos, sino también del gasto autonómico. En ese conflicto, primero la Audiencia Nacional y luego el Tribunal Supremo dieron la razón, aunque ya sin efecto real alguno, a las CC AA demandantes en cuanto a su derecho a que se produjera ese debate en el órgano que supuestamente ejerce la coordinación en el SNS.

Ahora, como ministra de Economía y Hacienda, debe afrontar una situación en la que la parte más importante del déficit y la deuda autonómica está generada, según todas las evidencias disponibles, por las partidas sanitarias, en especial en determinadas CC AA. Todos los indicios apuntan a que la

El apoyo socialista a las normas desarrolladas por el Partido Popular, y la posición posterior de los gobiernos socialistas más recientes, se fue acompañando en paralelo de manera progresiva de un apoyo verbal creciente de los representantes del Partido Popular al SNS como “uno de los mejores del mundo” (lo que se basó en buena parte en la valoración obtenida por nuestro sistema sanitario en el informe de la OMS del año 2000, OMS, 2000) a la vez que se proclamaba el acuerdo del partido con los principios constitutivos del Sistema supuestamente establecidos en la LGS, como base de ese logro.

Como he tratado de demostrar en los apartados anteriores, esos principios estaban prácticamente ausentes por completo del texto original de la LGS en muchos de sus aspectos esenciales y, por otra parte, se fueron produciendo desarrollos normativos posteriores diversos y actuaciones en el ejercicio de las competencias sanitarias y la organización de los servicios, en especial a niveles autonómicos, sin que ninguno de los dos partidos cuestionase los desarrollos llevados a cabo por los gobiernos del otro a cambio de recibir el mismo trato en sus propias intervenciones (un buen ejemplo es la ya citada diversificación de las nuevas formas de gestión). En esas condiciones, la invocación por todos de la Ley como norma básica del Sistema parece más bien servir de justificación para que cada gobierno central o autonómico siga actuando de la manera que estime oportuna sin que pueda imponerse ningún reparo formal a su actuación. Una situación que, a su vez, lleva a la ruptura de hecho del SNS no solo desde el punto de vista financiero, sino también de las políticas que sirven de base al mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias de la protección. Y que convierte de hecho a la Ley todavía vigente en un instrumento inútil como referencia de los instrumentos constitutivos esenciales del Sistema sanitario español.

La confluencia de las posiciones sanitarias de los dos partidos mayoritarios que definen la política que se aplica en el conjunto del Estado ha tenido finalmente una expresión peculiar y específica en los últimos años. Especialmente desde el inicio de la crisis económica han proliferado de manera abrumadora (Acta Sanitaria, 2010), los informes que, patrocinados por grupos de interés diferentes, relacionados en su gran mayoría con los proveedores del Sistema y las compañías de seguros privados que operan en nuestro país, vienen haciendo análisis (negativos) y propuestas sobre la sostenibilidad del propio Sistema, entendida fundamentalmente en el sentido económico (Fundación Bamberg, 2011; PWC, 2011; Rubia, 2011; Soria, 2011; Gil, 2010).

solución a ese problema pretende darse desde su nuevo Ministerio mediante unas u otras formas de recortes impuestos al sector sanitario, a abordar además de manera independiente por cada una de las CC AA.

Que una misma persona haga patentes posturas cerradas similares en el desempeño de carteras que, por su misma naturaleza, conllevan la asunción de responsabilidades distintas, que pueden incluso resultar contradictorias, parece ser un reflejo no tanto de las limitaciones personales de la interesada y de su idoneidad para desempeñar algunas de esas responsabilidades, sino, sobre todo, de los criterios del Gobierno del que forma parte en cuanto al enfoque del SNS como un problema ante todo económico, antes que como un instrumento solidario de cohesión social con problemas peculiares atribuibles a la descentralización de su gestión.

Los múltiples informes que se vienen haciendo públicos con ese objeto tienen, desde el punto de vista de su elaboración, un denominador común a muchos de ellos, consistente en vincular de uno u otro modo a su elaboración o presentación pública, a políticos de los dos partidos mayoritarios, con una diferencia: en el caso del Partido Popular se trata de políticos en activo que de una u otra manera, cabe pensar, representan las posiciones de ese grupo. Por el contrario, en el caso de los socialistas se trata en la casi totalidad de los casos de expolíticos, en una parte significativa de los casos, de exministros (García Vargas, Jordi Sevilla, Bernat Soria)⁷⁷, que han abandonado cualquier clase de responsabilidad política y se han incorporado a distintas actividades privadas, al servicio en algunos casos de los mismos grupos de interés que promueven los informes, pero que admiten de forma más o menos pasiva seguir siendo identificados como representantes de las posiciones del Partido Socialista, o al menos de una parte del mismo, en el terreno sanitario.

Por aceptable o criticable que se pueda considerar a nivel personal esa posición, lo importante de esa situación es, ante todo, que en el ámbito del propio Partido Socialista no cabe detectar la existencia de posiciones diferenciadas en las materias y propuestas que se formulan en esos informes. Lo que se convierte en un síntoma preocupante de la ausencia de elaboración política en el terreno sanitario en el seno de un partido que, sin embargo, conforme a la experiencia de otros países, parece un componente esencial del desarrollo de las políticas sanitarias universalizadoras y sin cuya participación activa esas políticas están abocadas a su desaparición.

La tendencia de muchos de esos informes a presentar sus conclusiones como sustentadas por el apoyo bipartidario citado, con los matices indicados en cada caso, se ha acentuado en especial en los últimos meses. De ello pueden servir de ejemplo dos informes muy recientes: el elaborado por la consultora Price-Waterhouse-Cooper (Diez temas candentes de la sanidad española 2011. El momento de hacer más con menos), de cuya coordinación aparecen como responsables los exministros Ana Pastor (popular) y García Vargas y Sevilla (socialistas); y el elaborado por la Fundación Bamberg, presentado el mismo día, el 25 de abril, en que se cumplían veinticinco años de la aprobación de la LGS (El modelo de futuro de gestión de la salud. Propuestas para un debate), en el que se incluye como participantes en el estudio a un amplísimo número de personas, incluidos políticos de los dos partidos citados con las peculiaridades mencionadas en cada caso.

Parece que la imagen que se quisiera derivar de esas formas de presentación de los informes fuera la de la existencia de un acuerdo político inevitable en torno a conclusiones

⁷⁷ A esa relación se ha añadido en fechas recientes el expresidente Felipe González. Sus primeras intervenciones en esta materia para plantear la necesidad de aumentar la financiación sanitaria en al menos un punto porcentual del PIB (Acta Sanitaria, 2011d) han coincidido con su entrada en el Consejo Social de Farmaindustria, la patronal del sector farmacéutico. Las demandas de esta en relación con el sistema público y las deudas que tiene pendientes con los proveedores, incluida la propia industria farmacéutica, se centran también en obtener un mayor nivel de financiación por parte del sistema sanitario público, que es, de manera muy destacada, el principal comprador de sus productos (Sahuquillo, 2011).

y propuestas que gozan de un soporte técnico mayoritario no susceptible de discusión. Por otra parte, esas propuestas coinciden en señalar como remedio para los problemas de sostenibilidad financiera del SNS la colaboración público-privada, en especial abriendo el aseguramiento sanitario a las compañías privadas como un nuevo “mercado” en el que fuera posible la libertad de elección entre sistema público y sistemas privados de protección y, en el ámbito de unos y otros, entre los diferentes centros “proveedores” de atención de que cada uno disponga. Una transformación que, por otra parte, tal y como se presentan las propuestas, no parecería precisar de la modificación de la LGS, convertida en el icono inútil ya señalado, pese a que fue en ella en la que se establecieron unas bases constitutivas del SNS en completa contradicción con ese nuevo modelo “de gestión”.

C.3) Los desarrollos más recientes

La evolución del SNS descrita en el apartado anterior ha llevado a que se pongan de manifiesto diferentes problemas en cada uno de los aspectos comentados. La suma de los mismos permite afirmar que el Sistema, pese a las apariencias de estabilidad y buen funcionamiento que rellenan los discursos políticos habituales, se encuentra en una situación de quiebra estructural, entendida esta como la carencia de mecanismos para afrontar cualquier problema (y los financieros, como es claro en estos días, no son los menores) sin poner en peligro las condiciones de universalidad, igualdad y amplitud de la prestación con las que fue creado. Como he señalado en otros trabajos (Rey del Castillo, 2010b), la imagen más descriptiva de la situación del SNS en la actualidad es la de “un gigante con pies de barro y sin columna vertebral”, al que, como algunos han comentado para completar esa descripción, cabría añadir que le falta también la cabeza, puesto que, en su estructura, tampoco se puede identificar ningún órgano que ejerza de manera efectiva su dirección; e incluso cabe poner en cuestión hasta qué punto es posible esa figura en un Sistema que ha alcanzado el alto grado de descentralización que lo caracteriza.

Por otra parte, desde distintos ámbitos se hacen diferentes análisis del problema estructural general, en función de los intereses que se pretenden salvar de manera preferente, de los que se deducen a su vez diversas propuestas de actuación.

Una relación de algunos de esos análisis y propuestas más recientes permite caracterizar los intereses que subyacen en cada uno de ellos, así como las perspectivas de solución que aportan a los problemas estructurales del Sistema.

1) La propuesta de un “Pacto de Estado”

Ya antes de que se iniciara formalmente la crisis económica en 2008, cuyo reconocimiento en nuestro país se demoró aún unos meses más, el deterioro de la situación financiera del Sistema, en especial en algunas CC AA, era ya bien conocido por sus proveedores, que venían soportando desde hacía años el retraso progresivo en los plazos de pago como síntoma más evidente del mismo.

Frente a esa situación, el ministro nombrado en 2008, el investigador Bernat Soria (cuyo acceso a la cartera ministerial tuvo, sin duda, que ver con su contundencia argumental contraria a las posiciones de la derecha y de la Iglesia católica en la defensa de la investigación con embriones humanos, el único ámbito de diferencia significativa en el terreno sanitario con las posiciones del partido conservador) fue el autor de la propuesta de un “pacto de estado” en materia sanitaria. El contenido más o menos explícito de la propuesta venía a consistir en lograr el acuerdo de quienes lo asumieran para garantizar una financiación sanitaria estable y un crecimiento moderado, pero sostenido, del gasto sanitario, como venía ocurriendo hasta ahora. Que la orientación principal del pacto promovido por quien ejercía entonces la responsabilidad ministerial era ésa se puede confirmar con la lectura de un informe del mismo autor elaborado ya a título personal y con el patrocinio de un laboratorio farmacéutico un tiempo después de ser relevado en el cargo (Soria, 2011). Se trataba, en todo caso, de una idea que no era novedosa: como antecedente se puede citar el acuerdo de la Conferencia de Presidentes de 2005, que aportó recursos adicionales al Sistema sin promover ningún cambio en el funcionamiento del mismo y sin lograr ningún resultado visible sobre su situación financiera (Rey Biel, 2005b).

Lanzada la idea sin ningún apoyo claro por parte del Gobierno, la política del pacto se extendió tan solo en los ámbitos sanitarios. En el terreno parlamentario se trasladó a una subcomisión creada al efecto en la Comisión de Sanidad del Congreso, que se mantuvo entretenida con el tema sin que fuera en ningún momento perceptible la posibilidad de lograr un interés y un apoyo, y mucho menos desde el ámbito económico del Gobierno, que excediera el ámbito restringido de la política sectorial.

Dentro del propio terreno sanitario se sumaron de manera entusiasta y rápida todos los sectores que veían en la idea misma de un pacto concebido como la garantía de una financiación sostenida y creciente el mejor aval de respeto de sus propios intereses, sin que para ello se exigiera de parte de ninguno de quienes lo apoyaban ningún compromiso para poner en cuestión su propia posición. Entre esos sectores cabe incluir a los proveedores del Sistema, desde la industria farmacéutica y las industrias de tecnologías y productos sanitarios en general, a los profesionales farmacéuticos deseosos de encontrar una vía de solución a sus problemas reales de facturación; pero también a los sindicatos y diferentes organizaciones de los trabajadores sanitarios de distinto nivel, incluidos los diversos colegios profesionales. E incluso muchos consejeros sanitarios autonómicos, algunos de los cuales siguen proponiendo ese pacto como vía de solución de los problemas del SNS.

El precio de apoyar una solución para los muchos problemas del Sistema sin necesidad de plantearse por parte de ninguno de los actores citados una modificación de su posición específica era barato, aunque a la vez la mejor garantía de que esa vía carecía de cualquier perspectiva real de que en la situación de crisis económica en la que nos encontrábamos pudiera alcanzarse un acuerdo en el sentido indicado que tuviera apoyo político fuera del propio sector. Pese a ello, formalmente no se ha producido todavía su cancelación más que en el terreno parlamentario y, ocasionalmente, todavía se cita desde un Ministerio de

Sanidad que ha alcanzado su tercera renovación desde el mandato de quien propuso el pacto, la posibilidad de replantearlo en términos similares.

2) El debate sobre los copagos

Por otra parte, es en el terreno de algunos de quienes han apoyado la idea de un pacto, entendido sobre todo como una posibilidad de mantener sus propios intereses económicos, entre ellos de manera destacada la industria farmacéutica, en donde han surgido con más frecuencia sugerencias de incluir o ampliar tasas o copagos en el Sistema (que ya existen en el terreno farmacéutico con la excepción de los pensionistas del régimen general de la Seguridad Social), que permitirían, manteniendo sus consumos, añadir recursos económicos procedentes directamente de los ciudadanos a su propia financiación.

Las bases teóricas para justificar los copagos han sido discutidas repetidamente (Repullo, 2009 a, b y c; Solanas, 2010; Puig-Junoy, 2011; Sánchez Bayle, 2011), sin que se haya alcanzado por parte de nadie ninguna justificación que permita conciliar una aportación económica significativa a la financiación de cualquier sistema sanitario sin incrementar los gastos administrativos para su gestión, con la equidad en el acceso a los servicios sanitarios necesarios por parte de quienes tienen una menor capacidad económica.

Por otro lado, en España tenemos la experiencia del Informe Abril, la totalidad de cuyas recomendaciones, por discutibles o razonables que resultasen, fueron enterradas como consecuencia de los movimientos (con proyección hacia el voto de los sectores correspondientes) generados entre los pensionistas, de los que en el informe se sugería que se podría recabar una contribución en el pago de los medicamentos, según diversas circunstancias a analizar. De esa experiencia y de su proyección en las expectativas de voto de esos sectores se ha derivado el bloqueo por parte de todos los partidos políticos, con declaraciones negativas muy explícitas al respecto por parte de todos ellos, de cualquier sugerencia *ex ante* de cualquier reforma que incluya la posibilidad de utilizar esta clase de instrumentos para mejorar la financiación del Sistema, mediante el aumento de las aportaciones directas de los ciudadanos y la reducción consiguiente de determinados consumos. Se trataría de un terreno de coincidencia teórica aparente entre las posiciones sanitarias de los partidos en el gobierno y la oposición, pese a los desacuerdos y la utilización de este tema como arma electoral producidos en algunos lugares⁷⁸.

Ese rechazo aparente no implica que, en una situación de crisis económica como en la que nos encontramos, no sea posible la aplicación de medidas de ese carácter por parte de cualquier gobierno que asuma, sin otra consideración previa, medidas de

78 La “acusación” contra el PP de tener una “agenda oculta” para introducir copagos o tasas en la Comunidad de Madrid ha sido utilizada en la campaña de las elecciones autonómicas por el candidato socialista Tomás Gómez, a raíz del descubrimiento de un informe técnico sobre esa cuestión de un órgano administrativo de la Consejería de Sanidad de la propia Comunidad.

recorte financiero con efectos inmediatos dirigidas a mejorar la situación económica del país. En el nuestro, las únicas declaraciones de políticos a favor de los copagos y las tasas en el terreno sanitario se vienen haciendo de manera periódica por diferentes responsables del Ministerio de Hacienda, con un desinterés manifiesto por cualquier otra medida estructural que pudiera servir para combinar el control e incluso la reducción del gasto sanitario con el mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias de la protección. Por otra parte, esa posición no es privativa de los gestores económicos españoles: hace pocos meses la introducción de copagos más allá de los ya existentes en todos los países europeos (Jemai, 2009) constituyó una recomendación expresa del ECOFIN como una de las medidas dirigidas a lograr el equilibrio de las cuentas públicas en la actual situación de crisis económica (Council of the European Union, 2010).

En sistemas sanitarios como el nuestro, con graves déficits estructurales que condicionan su ineficiencia, la única alternativa a esa clase de medidas sería abordar las reformas que permitan resolver esas carencias y plantear la solución de la deuda económica en un plazo menos inmediato. Reformas de ese carácter requerirían, sin embargo, reconocer tales déficits estructurales con la contribución de distintos agentes a su determinación, y priorizar la preservación de la protección sanitaria universal e igualitaria como instrumento principal de cohesión social y territorial. Todo ello parece lejos de las prioridades políticas tanto del actual Gobierno como de la oposición.

Por otra parte, en nuestro país, en la situación actual de descentralización y desequilibrios financieros diferentes en distintas CC AA, una exigencia añadida en relación con los copagos es que, cualquier medida que pudiera adoptarse (y hay algunos copagos, como los que ya existen en el terreno de la atención farmacéutica, en los que sería razonable replantear las reglas con las que están establecidos, cuestión a la que, sin embargo, pocos parecen aludir) debería hacerse de manera homogénea por todas las CC AA. El cumplimiento de esta exigencia de igualdad en la prestación se ve, sin embargo, dificultado a su vez por los déficits estructurales de coordinación, que afectan no solo a la prestación farmacéutica, sino que son incluso más amplios en otros terrenos ya descritos anteriormente.

3) La colaboración público-privada en la cobertura y la provisión de servicios sanitarios en España

La consideración de medidas que pudieran conducir a una reducción en el gasto sanitario de las partidas dirigidas al pago de los proveedores de los productos que se utilizan en la actividad sanitaria, incluidos los medicamentos, de las que los copagos son solo un instrumento de posible utilización para someter a alguna clase de control el uso de esos productos, no puede hacer olvidar que la labor sanitaria no es posible sin estos. Tratándose, en consecuencia, de consumos necesarios, las reformas que pueden introducirse en ese terreno desde un sistema público deben necesariamente ir dirigidas a mejorar la posición negociadora del mismo, de manera que pueda ser más eficiente en su compra y su uso mediante los instrumentos adecuados para ello, incluidas las economías

de escala y la selección por una u otra vía de los consumos prioritarios en función de su relación coste-beneficio, como vías colectivas más eficaces de controlar el consumo en un sector que se caracteriza por un consumo “cautivo” en el contexto de una amplia capacidad de inducir la demanda y la prescripción de sus productos por el proveedor. Pero en ese terreno, y pese a las debilidades del SNS en la relación con esos sectores a las que he hecho referencia previamente, no hay una posible relación de sustitución con proveedores distintos.

Ese no es el caso en el terreno de la cobertura y la provisión de servicios sanitarios. Lo que caracteriza un sistema sanitario público como el español, que teóricamente proporciona cobertura a toda la población, es la amplia disponibilidad de medios propios que han constituido su base fundacional. La sustitución de la cobertura y la provisión sanitaria proporcionada de manera fundamental a través de esos medios por un sistema en el que fuera posible por parte de toda la población la opción entre sistemas de cobertura distintos y la provisión a través de los centros concertados con cada uno de ellos, supondría una ruptura completa de las bases constitutivas del SNS. El resultado de un cambio del sistema en el sentido indicado supondría, además, la diversificación del gasto entre sistemas diferentes y, en relación con ello, la pérdida de las ventajas en niveles de eficiencia que facilitaron la constitución de todos los sistemas públicos de salud. A la vez, si no se pretende con ello aumentar el gasto sanitario, posibilidad que parece descartada en la actual situación económica, e incluso opuesta a los objetivos de reducción del mismo que forman parte de los programas de ajuste en todos los países y también en el nuestro, supondría y exigiría la reducción de las aportaciones económicas a la red sanitaria pública ya existente, para desviar una parte del gasto hacia los sistemas de cobertura alternativos, con el deterioro consiguiente de su propia prestación a los ciudadanos que optaran o estuvieran obligados a mantener esa opción.

En España, como en otros países que disponen de sistemas públicos universales, la extensión de las aseguradoras privadas en el ramo sanitario se ha visto siempre limitada por la existencia del propio sistema público de protección, sin necesidad de imponer cláusulas restrictivas, como la que existe en Canadá que impide a las compañías privadas ofrecer paquetes de cobertura que se superponga a la ofrecida por el sistema público.

La peculiaridad de nuestro país, donde supuestamente existe un sistema universal de protección, es que persiste desde antes de la constitución del SNS un sistema de protección profesional, vinculado a la pertenencia al funcionariado de tres sectores específicos (funcionarios de la Administración general; de la Administración de Justicia y militares), que disponen de sistemas también específicos de protección sanitaria, financiados públicamente a través de mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) que constituyen una vía de organización y financiación independiente, ajena y bajo controles distintos a los del SNS⁷⁹. La protección sanitaria ofrecida por las dos primeras mutualidades

⁷⁹ En apartados anteriores he descrito cómo persisten también otras formas de protección “privilegiada” para determinados colectivos profesionales (entidades constituidas para sustituir a las antiguas

ciudades ha constituido durante mucho tiempo un reducto protegido que ha prestado una contribución imprescindible para el sostenimiento de algunas de las aseguradoras específicas que operan en el campo sanitario, las cuales, en presencia de la cobertura casi general del sistema público, no lograban ampliar su cobertura estrictamente privada salvo en determinados territorios, principalmente Cataluña y Madrid, y aun en estos de forma muy limitada. A su vez, esas mismas limitaciones impedían que las propias compañías dispusieran de medios propios con los que ampliar su propia oferta de servicios, incluso en las comunidades citadas.

Ese panorama ha cambiado por completo en los últimos años, principalmente a partir de la constitución de la sociedad gestora del Hospital de la Ribera (Alzira) bajo la fórmula PFI, a la que, tras varios cambios en el contrato favorables a los intereses de la nueva sociedad, se le encargó la gestión de la atención sanitaria tanto en el nivel de la atención primaria como la hospitalaria del área de salud correspondiente de la Comunidad Valenciana. La característica diferencial principal de la constitución de esa sociedad respecto de las iniciativas PFI en otros países, en especial el Reino Unido, fue la participación en la misma de una compañía de seguros sanitarios privada, ADESLAS, que vio así aumentada su capacidad económica a partir de la participación en la gestión de una parte, por limitada que fuera inicialmente, del sistema público de salud. La expansión de esa fórmula a otras CC AA, en especial a la de Madrid, donde ocho nuevos hospitales desarrollados en la última legislatura lo han sido bajo fórmulas similares y con la participación de esa u otras compañías aseguradoras o cadenas hospitalarias de capital privado (por ejemplo, la sueca Capiro, en la actualidad en manos de un fondo de capital riesgo estadounidense) se ha visto favorecida por el nombramiento como director general de hospitales de la Administración madrileña de quien era el director médico de la aseguradora citada cuando se constituyó el Hospital de Alzira.

Otros mecanismos que han favorecido la expansión de los intereses privados en la gestión del sistema público de salud han sido los compromisos adquiridos con centros privados en la gestión de las listas de espera, que han convertido a muchos de ellos en proveedores preferentes de determinados servicios. Esto ha ocurrido de manera especial en el terreno de los diagnósticos mediante nuevas tecnologías (escáneres, resonancia magnética), para cuya gestión se han constituido en determinados territorios (Valencia es también un buen ejemplo en este caso) sociedades específicas cuyo inversión en aparatos se amortiza con rapidez mediante su utilización preferente por los servicios públicos⁸⁰.

colaboradoras de la Seguridad Social; mutualidades de los colegios de abogados y sistemas similares para los de periodistas). Todas ellas se caracterizan, además de por incluir a colectivos profesionales específicos capaces por sí mismos de tener presencia en la vida pública y en la creación de opinión, por hacer posible el acceso a sistemas de provisión privados a cambio de derivar una financiación específica para ello al margen de la del SNS. Las entidades que hacen posible esta situación están constituidas como aseguradoras específicas para esos colectivos, que actúan al margen de las aseguradoras generales.

80 Esos mismos sistemas se benefician de una notable reducción de los gastos en personal, no solo por la limitación de sus plantillas en comparación con la dotación propia de los centros públicos, sino también

Esas vías de capitalización han permitido expandir de manera notable la capacidad asistencial de las compañías aseguradoras y de algunas cadenas hospitalarias, que en todo caso no pretenden extender a todos los territorios, sino tan solo a aquellos en los que cabe esperar una mayor demanda de diferenciación de la cobertura sanitaria por parte de determinados grupos de población, en general coincidente con aquellos en los que a un mayor nivel de renta por parte de grupos más amplios se une una mayor congestión en el uso de los servicios públicos.

Un paso más en esa línea se dio hace alrededor de un año, con la constitución de una entidad representativa del conjunto de aseguradoras y cadenas o grupos de hospitales privados que tienen intereses en relación con el SNS. La entidad, a la que se dio el nombre de Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), ha venido reclamando desde su acto de presentación, que se llevó a cabo el 9 de junio de 2010, la participación en la gestión diversificada del sistema público. Ni que decir tiene que la demanda del reconocimiento del servicio que prestan y el ahorro que suponen para el sistema público (cifrado en 1.300 euros por persona y año, lo que conciben como un “copago voluntario que descarga al sistema público”), que en todo caso solo pretenden extender a una parte de la población (“un poco más de los 8,5 millones de personas con una póliza” que disponen ahora de ella: “Si tienes que dar cobertura al 99% de la población hay prestaciones que son imposibles de amortizar”), se acompaña de la demanda de la desgravación fiscal de la cotizaciones a esas entidades y de que “el usuario de la sanidad privada no tenga tantas dificultades para acceder a las recetas subvencionadas” (declaraciones del Secretario General de IDIS al diario *Público*, 9 de junio de 2010, p. 34); esto último en franca contradicción con la caracterización del control del gasto farmacéutico como una de las prioridades de reducción del gasto en el SNS.

Desde la constitución de ese Instituto, su actuación se ha caracterizado por una intensa labor de *lobby* en apoyo de esas pretensiones⁸¹, cuyos productos más acabados son

porque la dotación de personal médico con contrato regular en sus instituciones es mucho más reducida, a expensas de la tolerancia negociada por parte de la Inspección de Trabajo de los contratos de servicios o aun fórmulas menos regulares de relación.

81 Es significativa la coincidencia actual en la labor de *lobby* del sector asegurador español con la de las empresas aseguradoras norteamericanas para la configuración del sistema sanitario de aquel país después de la reforma sanitaria aprobada en el mismo hace un año. Según informaciones recientes de aquel país, un año después de la Ley, con cuya redacción quedaron fijados los intereses de otros grupos de presión, entre ellos de manera destacada la industria farmacéutica, el único grupo que sigue manteniendo una intensa presión a través de su *lobby* sobre los legisladores norteamericanos, que tienen que desarrollar todo lo que se prevé en la Ley que no entró de inmediato en vigor, lo que ocurría con la mayoría del texto, es el que representa a las compañías de seguros de aquel país, cuyos intereses quedaron afectados de manera importante por las previsiones del texto legal, por ejemplo con el desarrollo de los *exchanges*, la regulación dirigida a controlar la exclusión de las demandas de cobertura por las aseguradoras privadas, u otras previsiones a las que me he referido en apartados anteriores. La consecuencia es que, mientras que los *lobbies* representativos de otros sectores han reducido de manera muy significativa sus niveles de gasto, incluso por debajo de su promedio histórico, el que representa a las aseguradoras mantiene su gasto a un nivel similar al que realizó durante el período en el que discutió la Ley (Pecquet, 2011).

algunos de los informes sanitarios más recientes sobre la sostenibilidad financiera del SNS, entre ellos el presentado por la Fundación Bamberg el mismo día, el 25 de abril, en el que se cumplían veinticinco años de la aprobación de la LGS (El modelo de futuro de gestión de la salud. Propuestas para un debate), citado antes. En él se hace expresa la propuesta de abrir a la libre elección entre el sistema público y las entidades privadas el aseguramiento sanitario (donde haya posibilidades para ello), manteniendo la financiación pública para el sistema elegido. La desgravación fiscal de las cotizaciones a esas entidades ha sido también objeto de un informe específico reciente del mismo Instituto (Impacto de la deducción fiscal a la suscripción voluntaria de seguros privados de salud), en el que se argumentan los beneficios en términos de recaudación fiscal, de la actividad sanitaria al margen del SNS y de la reducción de la demanda hacia este, que se derivarían del fomento del aseguramiento privado y de la reducción fiscal de las cantidades que se aportarían con ese fin. Medidas que, en todo caso, se propone que se adopten sin necesidad de modificar la LGS, como base constitutiva del SNS.

Esta misma proposición, argumentada sobre todo sobre la base de la reducción de la demanda hacia el sistema público que conllevaría, que se considera sería inasumible por este último, figura entre las propuestas de recorte del gasto sanitario planteadas, pero momentáneamente paralizadas, por el nuevo Gobierno de CiU en Cataluña (Costa-Pau, 2011). Este es precisamente el territorio en el que coinciden niveles más altos de aseguramiento sanitario privado con un nivel más elevado de déficit público, atribuible en una parte significativa al sector sanitario; con una participación privada más amplia en la gestión del SNS, en cuyo ámbito se ha alcanzado la forma más clara de creación de un “mercado” sanitario con diferenciación entre las funciones de financiación y provisión de los servicios; y con una aplicación selectiva más clara de las medidas de grave recorte propuestas en los centros de la red sanitaria pública.

Estos análisis y propuestas que ponen en cuestión la sostenibilidad económica del sistema sanitario público, a la vez que abren expectativas sobre la posibilidad de la desgravación fiscal de las cantidades aportadas a las aseguradoras privadas, y sugieren garantías de que la protección sanitaria a través de estas últimas podrá permitir mantener el acceso a niveles y formas de protección que no se van a poder mantener en el sistema público, están teniendo sus efectos: según las propias estadísticas del sector (ICEA, 21/03/2011), a esa fecha, el crecimiento interanual del número de asegurados con póliza privada adquirida de manera individual o por las empresas era del 6,27%, un ritmo que parece ir aumentando más aún en los últimos meses, a medida que se publicitan de manera cada vez más amplia las perspectivas económicas negativas y la posibilidad de recortes financieros y operaciones de ajuste en el SNS⁸².

82 La rentabilidad de ese tipo de pólizas para las aseguradoras –por la población que las suscribe y la demanda que generan hacia las compañías, puesto que no pierden el derecho a la cobertura pública– está asegurada: en ese mismo plazo el importe de la asistencia sanitaria pagada por esa clase de pólizas

Por otra parte, esos mensajes (que son semejantes en su orientación a los dirigidos a fomentar los sistemas privados de pensiones, pero probablemente más efectivos por la menor solidez como modelo del sistema público sanitario frente al público de pensiones y a la inversa en los sectores privados respectivos) obtienen un eco mayor en el contexto de la ruptura de las tendencias solidarias que caracterizaron la época en la que se crearon los sistemas públicos de salud y que hoy, según todas las descripciones a las que he aludido en el apartado 1.5.d) anterior, se han invertido en todos los países desarrollados y también en el nuestro. Esas tendencias afectan no solo a las clases medias, sino también a sectores y grupos de una clase trabajadora cuya composición y diversificación es cada vez más compleja y cuyos límites en relación con las clases medias son cada vez más borrosos. Esos sectores son sensibles a los argumentos de una diferenciación de su protección o pretenden perpetuar esas diferencias (un ejemplo es la defensa sindical de las entidades colaboradoras o las fórmulas que han venido a sustituirlas en algunas CC AA, como la de Madrid; o la defensa del incremento del papel de las mutuas patronales, de cuyos órganos de gobierno forma parte una representación sindical en el SNS).

4) Las respuestas desde el Partido Socialista a la crisis del sistema sanitario

Frente a las distintas posiciones de diferentes grupos de interés en relación con el sistema sanitario a las que he hecho referencia en los apartados previos, el rasgo complementario que más caracteriza la situación actual del sistema sanitario español es la actitud que viene adoptando el Partido Socialista frente a los problemas del mismo. Una actitud que se podría resumir en el contraste entre las valoraciones hechas en relación con el cumplimiento de los veinticinco años de la promulgación de la Ley General de Sanidad y alguno de los proyectos legislativos en el terreno sanitario anunciados para el futuro más inmediato.

En cuanto a las primeras, si se toman como expresión de las posiciones “oficiales” las expresadas en tono bajo (el aniversario no ha sido motivo de ninguna celebración relevante, más allá de una jornada en el Congreso de escasa repercusión) por la actual

aumentó solo el 2,07%. En los mismos plazos, el volumen de las primas pagadas por la asistencia sanitaria a través del modelo MUFACE aumentó el 5,24%, mientras que el coste para las aseguradoras de la asistencia sanitaria bajo este régimen se redujo el 2,78%, una cifra que habría que analizar si se deriva de la reducción real de las prestaciones, de la restricción de los precios pagados a los proveedores, médicos o centros que trabajan para ellas, de la deriva de la asistencia más costosa, posible bajo este régimen mediante el cambio de opción asistencial establecida al menos con carácter anual, hacia el SNS, o de la combinación de todos esos factores. Por su parte, la aportación a las aseguradoras de los ingresos derivados del cobro del canon anual establecido para los hospitales bajo fórmulas PFI o similares, pese a mantenerse todavía en niveles inferiores (solo el 2,37% de los ingresos de las aseguradoras durante 2010), puesto que el número de centros que funcionaban bajo ese régimen era todavía muy reducido, aumentó en ese mismo año el 68,23%, un porcentaje que se multiplicará a medida que se vaya poniendo en funcionamiento un número mayor de ellos. El negocio del seguro sanitario parece tener perspectivas halagüeñas bajo cada una de estas formas, con independencia, o más bien a expensas, de los resultados que ello pueda tener sobre el deterioro de la situación financiera del SNS.

ministra del ramo y otros cargos del Partido, se pueden resumir como la formalización de la mitificación de la Ley, sin hacer sobre la misma ningún análisis crítico que pudiera contribuir a resolver los problemas que se puedan haber observado en su elaboración y aplicación inicial o en su desarrollo posterior.

La afirmación de que la LGS abrió la protección sanitaria pública a toda la población a través del SNS se hace, sin embargo, simultánea y compatible, sin ninguna contradicción aparente, con el anuncio público desde el Ministerio de Sanidad, del desarrollo, veinticinco años después de que aquella Ley se aprobase, de una iniciativa legislativa para hacer posible el acceso a esa protección a grupos limitados, pero existentes, de población que todavía no han podido hacer efectivo el derecho a acceder a ella (Ibañes, 2011)⁸³. Un desarrollo que, por otra parte, se ha llevado ya a cabo de manera independiente por determinadas CC AA, como Cataluña⁸⁴, hace ya algún tiempo o, en fecha más reciente Extremadura⁸⁵, en cada uno de esos casos para los colectivos que cada comunidad autónoma ha considerado conveniente, no siempre coincidentes y a cambio de condiciones económicas distintas, que suponen en algunos casos la exigencia de aportaciones económicas complementarias que resultan contradictorias con la financiación del SNS con impuestos generales.

La tolerancia de esas normas autonómicas sin acudir a la necesaria coordinación en el ejercicio de un derecho derivado de la condición de ciudadanía española y la propuesta de recurrir a una norma específica con rango de ley para resolver un problema que deriva solo del desarrollo efectivo que se ha hecho de las normas de carácter administrativo y rango menor que regulan la forma de acreditar el derecho al acceso a la protección sanitaria, que se lleva a cabo mediante la expedición de la tarjeta sanitaria⁸⁶, constituyen, sumadas, un buen ejemplo del efecto que tiene mantener la valoración acrítica de una Ley que no logró establecer las bases reales de un sistema universal e igualitario de protección sanitaria, junto con el desarrollo de mecanismos que resultan contradictorios con esos objetivos básicos.

83 El 24 de mayo de 2011, el Pleno del Congreso aprobó por unanimidad la tramitación de una proposición de ley en el mismo sentido que había sido presentada por Izquierda Unida un año antes, la viabilidad de cuya aplicación al margen de una transformación global del SNS es muy cuestionable, al proponer otras medidas complementarias, como la supresión de la gratuidad de la atención de “quienes hayan optado por sistemas mutuales sustitutorios o alternativos a la Seguridad Social... o quienes, estando incluidos en alguna mutualidad administrativa, no hayan optado por recibir las prestaciones sanitarias a través de la red pública”.

84 Mediante la Ley 21/2010, de 7 de julio, de la Generalitat de Cataluña, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud.

85 Mediante Orden de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, de 7 de abril de 2011, por la que se regula el procedimiento de obtención de la Tarjeta Sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

86 El mecanismo habitual de emisión de la tarjeta sanitaria sigue pasando todavía por el reconocimiento del derecho a la misma por la base de datos de la Seguridad Social, pese a que lo que estableció la Ley hace 25 años fue la separación del derecho a la protección sanitaria de la vinculación laboral.

Por otra parte, el desarrollo de los futuros proyectos sanitarios sigue careciendo de cualquier clase de prioridad política en las actividades del Gobierno. Por el contrario, algunas políticas preferentes, como las de ajuste que se han aplicado hasta ahora y las que podrían ser posibles en el futuro en el terreno sanitario a la luz de los déficits autonómicos, o incluso otras que podrían desarrollarse en el futuro en otros sectores, como el de los seguros, que pueden tener una repercusión importante sobre el sector sanitario, se desarrollan al margen de cualquier intervención significativa del departamento sanitario. Otro ejemplo de la marginación de este es la escasa relevancia de sus criterios para la revisión de la regulación de las corporaciones profesionales, a la que he aludido anteriormente.

Esta situación contrasta con el ensimismamiento de este mismo Ministerio en la elaboración de un proyecto como el de una nueva Ley de Salud Pública que se ha presentado al Gobierno⁸⁷, en el que se reclama la consideración de la salud como cuestión prioritaria en la valoración de todas las políticas de gobierno, sin introducir para ello ningún mecanismo de utilidad real a esos efectos. Lo que, a la vista de las prioridades reales del Gobierno y de la postergación efectiva del departamento sanitario, no parece constituir más que una mera declaración de buenas intenciones sin ninguna posibilidad real de cambiar ni intervenir en la situación del SNS.

A lo que cabría añadir que el actual Gobierno parece haber confirmado su opción por el desarrollo de otros proyectos “sociales” como instrumento de diferenciación en el terreno sanitario⁸⁸, dejando al margen cualquier actuación racionalizadora sobre el SNS.

5) Las repercusiones sanitarias de las respuestas a la crisis económica

En la situación de debilidad estructural del Sistema que se deriva de la descripción hecha en los apartados previos, la crisis económica iniciada en 2008 ha puesto de manifiesto algunos de los efectos económicos resultantes de esa debilidad. El más destacable aquí, la contribución de la gestión sanitaria de diferentes CC AA (que supone un promedio del 37,5% del presupuesto global de cada una de ellas) a sus propios déficits, convertidos estos a su vez en los componentes del déficit público de las Administraciones españolas

87 Y que a su paso por el Gobierno parece haber sufrido un grave recorte de su articulado inicial a menos del 50% del mismo (de 143 artículos del texto remitido desde el departamento sanitario a 58 artículos el salido del Gobierno), una evolución que parece tener escasos precedentes en la tramitación de proyectos legales y que hace dudar de sus posibilidades reales de tramitación.

88 Véase, a este respecto, las limitaciones del proyecto de ley “reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida”, que se preveía presentar al Parlamento a mediados del mes de junio (Acta Sanitaria, 2011b; López, 2011). Las políticas relacionadas con la aplicación de la técnicas de reproducción asistida a las parejas homosexuales de ambos sexos, una materia de gran atracción mediática, pero de corto interés para la mayoría de la población, están siendo también objeto de una atención especial por parte del Partido Socialista: puede servir de ejemplo la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y aprobada en la Comisión de Sanidad del Congreso en su sesión de 22 de septiembre de 2010, por la que se insta al Gobierno “a iniciar en el plazo más breve posible la reforma de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, para garantizar de manera explícita el acceso a dichas técnicas por parte de las parejas casadas del mismo sexo”.

proporcionalmente más relevantes y más resistentes a su reducción. Lo que, a su vez, se combina con que las propias Administraciones que deben afrontar esos déficits carecen de instrumentos adecuados para hacerlo que no pasen por la restricción de la prestación sanitaria, dado que las mejoras en la eficiencia del Sistema pasan ante todo por cambios en su estructura global, que no son asequibles de manera independiente a cada gobierno autonómico.

La respuesta global del Gobierno central a la situación de crisis económica y las actuaciones de los mercados contra la deuda española generó hace poco menos de un año, como es bien conocido, una operación de saneamiento de las cuentas públicas con reducción significativa del gasto público y cambios más cuantitativos que estructurales en el sistema público de pensiones, cuya responsabilidad continúa estando centralizada bajo el principio de una caja única de la Seguridad Social y ha resistido hasta ahora todas las peticiones autonómicas para llevar a cabo la descentralización de su gestión.

El resultado de esas intervenciones ha sido una mejora significativa, aunque no definitiva, del déficit público en la parte gestionada por el Gobierno central, con resultados contrarios en el tratamiento de los objetivos de reducción de sus déficits establecidos para las CC AA por parte de estas, de manera especial por algunas de ellas.

A su vez, esa situación ha generado una mayor exigencia por parte de la Hacienda central a las CC AA de cumplimiento de sus objetivos de déficit, con control más estricto de sus emisiones de deuda y restricción de determinadas partidas de financiación. En algunos casos, el más destacado el del nuevo Gobierno catalán de CiU, las propias autonomías han derivado esas exigencias hacia planes de reducción del gasto público, de manera específica del sanitario, mediante actuaciones que comprometen de manera significativa la cantidad y calidad de la prestación pública sanitaria y se proponen resolver el problema financiero recurriendo como parte de su solución, como ya he indicado, al traspaso de una parte de la responsabilidad de la cobertura sanitaria a los sistemas de aseguramiento privado, acompañando esta medida de incentivos fiscales para las contribuciones realizadas a esos sistemas (se puede ver a este respecto el apartado 3.8 del Plan de Gobierno 2011-2014 hecho público por el Gobierno catalán el 3 de mayo de 2011).

La delicada situación financiera de otras CC AA ha permitido difundir la idea de que, tras las elecciones autonómicas del 22 de mayo, un mayor número de ellas se verían abocadas a llevar a cabo actuaciones similares con reducciones significativas de la prestación sanitaria de una u otra naturaleza, cuya concreción (como la posible ampliación de los compromisos de tiempos de espera o incluso el establecimiento de nuevos copagos para el acceso a determinados servicios o la modificación de los existentes en la prestación farmacéutica) dependerá de las alternativas de cobertura y prestación privada de servicios sanitarios que exista en cada caso, que son muy distintas en los diferentes territorios autonómicos.

Por su parte, una vez cerrados los traspasos en asistencia sanitaria a todas las CC AA, la posición de la Hacienda central frente a esos planes de reducción de la prestación sanitaria, puestos de manifiesto o sugeridos para el futuro más próximo por algunas de aquellas, parecen reducirse en la actualidad a la consideración de la protección sanitaria como un área de responsabilidad económica exclusiva de cada comunidad autónoma de manera individual, no susceptible ni adecuada para ninguna intervención común por parte del Gobierno central, con independencia de que las intervenciones autonómicas para reducir el déficit que genera su gestión puedan dar lugar a desigualdades en la protección sanitaria de las poblaciones de cada una de ellas.

Las únicas áreas de intervención económica en el terreno sanitario previstas en los planes de saneamiento económico por el Gobierno de la nación se reducen a la reducción ya aplicada de los precios de los productos farmacéuticos y a la invocación repetida de la creación de una central de compras del Sistema. En este último terreno no se ha producido ningún avance concreto y menos de carácter estructural, salvo la referencia a un procedimiento de adquisición de vacunas a cuyas limitaciones en algún caso previo se ha hecho ya referencia en un apartado anterior.

Por su parte, las limitaciones en la línea de control del gasto farmacéutico de los recortes de precios aplicados a estos productos parecen evidentes a la vista de experiencias previas de medidas similares: la caída del gasto en esta partida, tanto en términos absolutos como del ritmo de crecimiento interanual, se ha invertido hacia cifras negativas en el primer trimestre de este año como consecuencia de la reducción de los precios de los medicamentos de mayor consumo. Pero si se quiere seguir reduciendo el gasto en esta parte y las medidas para recortarlo no incluyen otros procedimientos complementarios de actuación, eso obligaría a nuevos recortes de precios, que no parecen viables.

Además, con independencia de que las reducciones de precios tienen por sí mismas esa limitación, el propio Ministerio de Sanidad se ha apresurado a anunciar la posibilidad de un nuevo pacto con la industria de este sector para garantizar su sostenibilidad y su capacidad de innovación. La forma que podría adoptar ese pacto, si hay que juzgar por los numerosos pactos previos similares alcanzados en términos de topes de crecimiento de gasto interanual por encima del cual la industria efectúa devoluciones parciales del desembolso efectuado calificadas como “aportaciones” a la sostenibilidad del Sistema (véase a este respecto Rey del Castillo, 2010b:392-416), resulta por completo ineficaz para controlar la evolución del gasto en este sector.

Como he indicado previamente, esos mecanismos dirigidos al control del gasto farmacéutico se han acompañado a su vez del rechazo, llegando al recurso formal contra algunas de ellas, de medidas de otro carácter adoptadas por algunas CC AA para controlar el gasto en este terreno, en vez de valorar la posible utilidad de su generalización a los efectos del control y reducción del gasto farmacéutico. El ejemplo más destacado es el de la lista positiva de medicamentos elaborada por la Comunidad Autónoma de Galicia, que ha sido recurrida por el Ministerio de Sanidad invocando razones competenciales; pero

medidas con la misma orientación, a las que ya he hecho referencia, han sido adoptadas por Andalucía y Castilla-La Mancha, sin que en esos casos y pese a las peticiones de la propia industria, se haya llegado a interponer recurso formal contra ellas.

Es en ese contexto en el que se han comenzado a difundir desde hace meses los distintos informes y propuestas sobre la sostenibilidad del sistema sanitario como materia común, desarrollados principalmente a instancias y con el patrocinio de las industrias proveedoras del sector, en especial las farmacéuticas y, sobre todo en los últimos meses, de las empresas aseguradoras privadas y algunos grupos de hospitales, que han constituido una entidad representativa común, el Instituto de Desarrollo e Innovación Sanitaria (IDIS), a los que he hecho alusión en un apartado anterior.

Una caracterización general de esos informes permitiría establecer dos grupos de contenidos distintos según el origen del patrocinio principal: los elaborados con el apoyo y la inspiración bajo una u otra modalidad de los proveedores principales del SNS, en especial la industria farmacéutica, se concentran principalmente en propuestas que no ponen en cuestión el mantenimiento de la organización del propio Sistema, proponiendo medidas, incluida la posibilidad de introducir nuevos copagos o modificaciones de los existentes, que garanticen el mantenimiento de su capacidad de gasto en los productos sanitarios de los propios proveedores.

Por el contrario, la novedad de los informes y propuestas elaborados bajo la inspiración del sector asegurador y las cadenas de hospitales asociadas en la entidad denominada IDIS, que tiene además un vehículo de expresión propio muy activo en los últimos meses, es que las proposiciones que formulan para, supuestamente, hacer posible también la sostenibilidad (entendida en términos puramente económicos) del SNS, suponen la adopción de medidas⁸⁹ que significan en la práctica la ruptura de hecho de las bases constitutivas del propio Sistema y la posibilidad de introducir condiciones desiguales en la protección sanitaria de distintos grupos de población.

Se trata en este último caso de unas medidas para las que, si nos atenemos a los términos en los que se formulan las propuestas, no parecería necesaria ninguna modificación legal de la regulación general del Sistema. Lo que, a la inversa, supone la mejor demostración de que, acompañando a la consideración general alcanzada por la LGS como base fundamental del Sistema, esa norma es en la actualidad un instrumento carente de cualquier utilidad real para establecer los límites de la evolución del propio Sistema y de las modificaciones necesarias para adaptarlo a las nuevas situaciones con nuevas respuestas.

89 Entre ellas, la ruptura del monopolio de la cobertura sanitaria pública por el Sistema; la ampliación de la participación de las entidades privadas en la gestión del mismo bajo distintas fórmulas que suponen el desempeño de un papel complementario, y no solo suplementario en su gestión por parte de esas entidades; o la desgravación fiscal de las contribuciones privadas, o de distintos empleadores para la cobertura sanitaria de sus empleados, a esas entidades.

Un último aspecto a destacar de las propuestas formuladas desde los últimos grupos citados es, como ya he destacado en el apartado anterior, la similitud de las mismas con las realizadas por algunos gobiernos autonómicos, en concreto por el nuevo Gobierno catalán de CiU, una comunidad en la que, no por casualidad, están más extendidos los intereses de los grupos que las presentan. Al margen de las posiciones generales de los partidos mayoritarios, los apoyos a medidas similares se pueden producir en el futuro desde otros gobiernos de autonomías donde está más extendida la actividad de los sectores mencionados, de las que Madrid o Valencia son el mejor ejemplo.

Pero también desde el propio ámbito del Gobierno central y más allá de sus sectores económicos, cabe esperar que se produzcan posiciones favorables a la consolidación de sistemas diferenciados de protección desde los ámbitos que, con cualquier partido que gobierne y bajo la influencia de los cuerpos y sectores de su ámbito de actuación, ejercen la responsabilidad de la gestión de algunos de esos sistemas, como las mutualidades de funcionarios. Posiciones que se adoptan de manera autónoma desde esos ámbitos, si no se establece una firme directriz general diferente desde las políticas partidarias, que hasta ahora no se ha producido fuera cual fuera el partido que ocupara el Gobierno de la nación⁹⁰. Unas posturas que no han sido tampoco contrapesadas por los sucesivos Ministerios de Sanidad de los dos partidos que han ejercido su responsabilidad y que, sin embargo, han permanecido sistemáticamente al margen de la gestión y el control de esas formas de protección sanitaria situadas fuera del propio Sistema Nacional de Salud.

90 Puede verse en este sentido el apoyo prestado por la Secretaría de Estado de la Función Pública y la Dirección general de MUFACE a la presentación el 18 de mayo del informe elaborado por el IDIS titulado “Aportación del modelo de mutualismo administrativo al mercado laboral sanitario español”, que, como es lógico deducir de la entidad que es responsable de su elaboración, patrocina el mantenimiento y aun la extensión de ese modelo al margen del Sistema Nacional de Salud.

3. Una propuesta alternativa: una nueva Ley General de Sanidad para asegurar la sostenibilidad de la protección sanitaria universal en España mediante el Sistema Nacional de Salud

3.1 Definición y justificación de la propuesta

Frente a la situación de graves déficits estructurales del SNS resumida en los apartados previos y frente a las medidas para la solución de la crisis económica con repercusión negativa sobre la protección sanitaria en España a las que he hecho referencia en el apartado anterior, la alternativa que se propone en este trabajo es la de promover una nueva Ley General de Sanidad. La nueva Ley debería permitir establecer las bases para un funcionamiento eficiente del SNS, reforzar sus fortalezas, basadas en la acumulación de riesgos y las economías de escala y adaptar su estructura y funcionamiento a las condiciones actuales de desarrollo de los distintos agentes y sectores que participan en la prestación de servicios sanitarios; todo ello a la vez que se refuerzan las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria en el conjunto del Estado español.

Las razones que justifican esa propuesta alternativa son diversas.

A) El cambio de las condiciones que rodearon la constitución del SNS en la Ley General de Sanidad

A lo largo del trabajo he hecho diferentes referencias a los cambios de diferente naturaleza en las condiciones económicas, de solidaridad entre clases y grupos sociales, de organización política del Estado, fiscales, de desarrollo tecnológico y de la práctica médica, o de multiplicación y potenciación de sistemas colectivos privados de protección, que se han producido desde que se creó el SNS español, y más aún, desde que se crearon los Servicios de Salud que sirvieron de modelo a nuestro sistema sanitario. Esos cambios y el tiempo transcurrido desde que se establecieron, aunque fuera de manera limitada e imperfecta, las bases de nuestro Sistema hacen que, lo mismo que ha ocurrido en otros países, sea necesario adaptar su funcionamiento a las condiciones en las que debe desenvolverse ahora su actuación.

B) La ineficacia política de los límites establecidos en la LGS para orientar la evolución del Sistema

Con arreglo a las descripciones realizadas en el documento, el desarrollo del Sistema se ha producido de manera descontrolada y carente de la coordinación necesaria para mantener las condiciones universales e igualitarias, tanto en términos poblacionales como territoriales, de la protección sanitaria.

Esa ausencia en la Ley todavía en vigor, de límites precisos establecidos para las condiciones generales que se debían mantener en la organización del Sistema, si se quería garantizar su universalidad y su equidad, no solo ha actuado de manera proactiva, fomentando iniciativas distintas que han llevado a la diversificación de la extensión y la gestión de la protección sanitaria. Además, esa carencia ha obrado como una dificultad añadida para, si hubiera habido voluntad política para hacerlo, llevar a cabo el control de esas iniciativas diversificadoras desde el Gobierno central o desde la oposición a cualquier Gobierno autonómico que las adoptara.

Aunque los ejemplos podrían multiplicarse, la tibieza de las posturas manifestadas en esta situación en la Comunidad de Madrid por el Partido Socialista ante la extensión de las formas de gestión privatizadoras introducidas en los últimos años por el Partido Popular es un buen ejemplo de cómo la ausencia de posiciones claras por parte del primero y la carencia de las referencias legales que deberían soportarlas restan por completo eficacia a cualquier labor de control de la desestructuración del Sistema que se pretenda llevar a cabo desde el ámbito de cualquier oposición democrática a un gobierno constituido que adopte medidas en el sentido indicado.

C) La ineficacia económica del control del gasto sanitario con el sistema actual de financiación sanitaria

Como he descrito en apartados anteriores, la preocupación principal de la Hacienda Pública en todos los gobiernos de la democracia ha sido descentralizar por completo la responsabilidad de ese gasto, considerado de difícil control y traspasar la misma a las CC AA, de cuyos presupuestos forman parte principal.

Los efectos de esa política, que en apariencia eximía al Gobierno central de la elaboración de una política sanitaria propia, no se han hecho esperar tras la llegada de la crisis, poniendo en evidencia la imposibilidad de lograr el control de esta parte del gasto público, si no se quiere hacer tan solo mediante el recorte de la prestación sanitaria, sin una intervención coordinada en estas materias. Estas son, por otra parte, el ámbito de crecimiento del gasto público más importante en todos los países desarrollados y, como tal, objeto de atención principal en los debates presupuestarios de todos ellos, de los que el debate actual en el Congreso de los Estados Unidos es el ejemplo más acabado. Tratándose de un problema económico principal, no sería comprensible una

consideración diferente en nuestro país, más aún, una vez demostrada la ineficacia en el control del gasto sanitario de la inhibición practicada hasta ahora.

A esos efectos, el sistema de financiación sanitaria ocupa un lugar principal en el funcionamiento cohesionado del sistema sanitario y debe hacerse coherente con una organización del mismo que supere las ineficiencias descritas en su funcionamiento. Por su parte, estas ofrecen un amplio margen de maniobra para introducir modificaciones sustantivas en diferentes terrenos con importante repercusión potencial sobre el gasto público sanitario sin tener que recurrir para ello de manera preferente o unívoca a recortes de las prestaciones o al aumento de las aportaciones de los usuarios que solo tiene sentido debatir, si se hace en el contexto de una transformación sustancial de la constitución del Sistema que ayude a superar las ineficiencias principales de su constitución actual.

3.2 Los contenidos posibles de una nueva Ley General de Sanidad

Las materias que debería abordar una nueva ley que pretendiera tener la orientación y el sentido indicados son las mismas a las que he hecho referencia a lo largo de este trabajo. La capacidad de superar los problemas de ineficacia e ineficiencia que se han observado en diferentes aspectos de la constitución del Sistema dependen de las propuestas alternativas que se pudieran diseñar en cada caso. Algunas de esas alternativas posibles incluyen los siguientes aspectos:

- Desde el punto de vista del derecho a la protección sanitaria, es necesario abordar la unificación real de la cobertura sanitaria, tanto para evitar las duplicidades en sistemas de protección que se dan en el momento actual en una proporción que se mantiene sin evaluar, como para hacer posible la igualdad de toda la población en el ejercicio del derecho, con sistemas de acceso a la atención iguales para todos, y con el fortalecimiento de los recursos utilizables por todos mediante la unificación de la financiación y la gestión de los distintos sistemas de protección que todavía persisten y que potencian la diversificación de una parte de la financiación sanitaria hacia recursos que solo son utilizables por una parte limitada de la población.

La valoración de la posibilidad alternativa de generalizar la elección de cobertura sanitaria de que disfrutaban algunos grupos de ciudadanos en función de su condición laboral debe considerar ante todo su viabilidad económica y la supresión de esa alternativa si no es generalizable, como contraria a la igualdad en el ejercicio del derecho a la protección sanitaria por parte de todos los ciudadanos que, como tales, tienen derecho a ella, so pena de transformarla en una declaración vacía de contenido que convertiría a su vez en una regulación igualmente vacía e ineficaz el resto de la norma. Por otra parte, aun si fuera económicamente viable diferenciar la protección sanitaria de colectivos diferentes en función de su vinculación laboral o

de su capacidad económica para disponer de cobertura sanitaria privada, cabe poner en cuestión qué sentido tiene plantear esa alternativa en un momento como el actual en el que el paro ha alcanzado los niveles más altos y en el que el mantenimiento de la protección sanitaria universal no es sostenible sin mecanismos solidarios de financiación y provisión.

- En el establecimiento de mecanismos para el funcionamiento coordinado del Sistema se deben evitar los enfoques competenciales y, por el contrario, promover los mecanismos de coordinación funcional, con la creación de entidades con participación autonómica para sistemas de información, evaluación de tecnologías, sistema unificado de compras, agencia de Salud Pública, definición de las políticas de medicamentos y algunos más, de los que ya disponemos de ejemplos en el propio Sistema, como la Organización Nacional de Trasplantes.

Por el contrario, la “redevolución” al Gobierno central de las competencias en materia de gestión de los servicios sanitarios de las CC AA, propuesta que se ha formulado por algunos autores (véase el informe de la Fundación Bamberg), no parece una alternativa real viable. De la misma manera, insistir en dotar de capacidad ejecutiva a los acuerdos de un órgano como el Consejo Interterritorial, constituido sobre la base de una interpretación de la cesión de competencias que permite considerar estas como “exclusivas” de las CC AA, más aún tras años de venir aceptando en la práctica esa interpretación, parece igualmente una propuesta poco susceptible de aplicación real.

Sin embargo, hay que considerar también que, sin una afectación económica condicionada de una parte de la financiación sanitaria al mantenimiento de unas condiciones generales del Sistema, a la manera canadiense, y la participación en los instrumentos funcionales de ordenación que se establezcan, la coordinación de las políticas sanitarias autonómicas proporcionará los mismos magros resultados que ha brindado hasta ahora.

- La modificación del sistema de financiación sanitaria ocupa, por eso, un lugar central en la de la estructura del Sistema. Uno de los aspectos principales de esa modificación debería ser la introducción de esas partidas de financiación condicionada a las que he hecho referencia en el apartado anterior y a cuyos requisitos cabría añadir de manera específica el establecimiento de un sistema de información económica sanitaria, cuya carencia constituye una debilidad manifiesta del propio Sistema.

La introducción de esas partidas condicionadas podría tomar como referencia, aumentando en cierta proporción su cuantía y estableciendo criterios de distribución en función del cumplimiento de los requisitos que se fijaran, el Fondo de Cohesión ya existente. Otras alternativas posibles incluyen el restablecimiento de un sistema de financiación sanitaria específico, que incluyera en todo caso partidas como las mencionadas.

- En el nivel hospitalario de atención, la nueva Ley debería definir de forma precisa los límites de las formas de gestión que se puedan introducir, tanto en centros de nueva construcción como en los ya existentes, excluyendo la posibilidad de seguir utilizando formas de concesión administrativa tipo PFI y similares, como expresión concreta de los límites en el gasto sanitario, cualquiera que sea la forma de contabilizarlo.

Aunque dentro de los límites que se establezcan se hagan posibles distintas formas de gestión y de dotación de autonomía a los centros, se deberían promover ante todo mecanismos homogéneos de control económico y sanitario de todos los que participen en la gestión del Sistema desde el servicio de salud en que se ubique cada uno. La Ley debería también fijar límites a la creación de institutos o unidades de gestión independientes dentro de cada centro y someter a valoración las experiencias que se hayan desarrollado en ese sentido.

Por otra parte, en el nivel de la atención primaria, la distribución de recursos con arreglo a criterios poblacionales establecidos en la Ley de 1986 ha sido de escasa utilidad para garantizar un acceso homogéneo a la atención y tiene difícil comparación con las condiciones generales existentes en otros sistemas descentralizados. Ese tipo de reglas “estructurales” deberían ser sustituidas por una regulación que, abriendo el abanico de posibilidades organizativas y de actuación de ese nivel de atención, condicionen y refuercen su papel como puerta de entrada obligada al Sistema. Esa posición es la base de su contribución a la eficiencia de este y la mejor vía de adaptación a las necesidades de una población en la que, en paralelo a su envejecimiento, va aumentando la incidencia de las patologías crónicas, que son tributarias de otra clase de atención, en la que el papel de la atención primaria adquiere aún mayor valor.

En cuanto a la relación entre niveles de atención, se debería reforzar la integración de los servicios con arreglo a criterios flexibles de planificación y zonificación, evitando de manera específica las formas de relación entre niveles basadas en la “compra” de servicios hospitalarios por la atención primaria y fijar también los límites de la supuesta “libre elección” de especialista o centro, así como las excepciones posibles, dentro de una planificación razonable de los recursos.

- La modificación de las relaciones con los proveedores, que son parte de obligada presencia en esa relación, pasa ante todo por el reforzamiento del “poder de compra” del sistema sanitario público en su conjunto. Lo que debería conllevar tanto cambios normativos en algunos aspectos (por ejemplo, el sistema de fijación de precios de los productos farmacéuticos y la negociación de su aplicación al Sistema Nacional de Salud –esta última con participación de las CC AA– incluyendo la posibilidad de utilizar mecanismos de listas cerradas de determinados productos, la de copagos diferenciales según su efectividad u otros mecanismos cuyo valor depende de una adecuada combinación de los mismos) como otros cambios de naturaleza “estructural”, como la creación de una verdadera central de compras del SNS, también con participación autonómica.

La dinámica de los convenios firmados con la industria farmacéutica, basada habitualmente en el establecimiento de límites “por arriba” a los beneficios de la industria y las “contribuciones” de esta a la sostenibilidad económica del Sistema cuando se superan esos límites, debería también modificarse de manera normativa, abriendo, en cambio, la posibilidad de establecer convenios para participar de manera compartida en la orientación de la innovación de una industria que, por otra parte, está atravesando momentos de crisis estructural con la reducción de las posibilidades de desarrollo de nuevos productos por la vía tradicional de la síntesis química, mientras que se abre una perspectiva de desarrollo de nuevos productos mediante las biotecnologías, que pueden resultar difíciles de absorber por los servicios públicos de salud. El desarrollo de los ensayos clínicos en las instituciones del SNS, que tiene efectos importantes sobre la economía de estas y los incentivos a su personal, debería también entrar a formar parte de la regulación de unas nuevas formas de relación con la industria de ese sector.

Una cuestión específica que debe resolver la nueva normativa es la relación del sistema sanitario público con las oficinas de farmacia, asentada en buena parte sobre la regulación que limita la propiedad de las oficinas de farmacia a los farmacéuticos titulados. Esa forma de relación global resulta insostenible sin grave quebranto económico para el sistema público, pero es también insostenible para las farmacias de menor nivel de facturación. Por ello, como viene reclamando desde hace años el Tribunal de Defensa de la Competencia español, parece imprescindible abrir el panorama a otras formas de relación que no incluyan esas limitaciones, sea por el acceso a la propiedad de las oficinas por otros agentes, por la apertura de posibilidades de dispensación de medicamentos en centros públicos (lo que ya ocurre con determinados productos “de uso hospitalario”) o por una combinación de esas u otras alternativas posibles. Por otra parte, esa nueva regulación debería ser coherente con las políticas dirigidas al control del gasto farmacéutico, algunas de las cuales, por efectivas que sean a corto plazo, como es el caso de la reducción de precios aplicada en el pasado más reciente, han supuesto un problema añadido significativo para poner en cuestión la sostenibilidad económica de las oficinas de menor nivel de facturación (Acta Sanitaria, 2011c).

- Un último campo de posibles innovaciones en la regulación es el de los trabajadores. De las limitaciones de la regulación estatutaria para el personal que logra acceder a esa condición y su compatibilidad con la multiplicación de formas de contratación irregulares, debería pasarse, en mi opinión, a la definición de una forma general de relación incluida en el ámbito laboral que supere las limitaciones que para el funcionamiento eficiente de los centros suponen muchas de las reglas que se incluyen en la relación estatutaria actual, en términos de condiciones de desempeño de las plazas, horarios, fijación de plantillas y compromisos de una “carrera profesional”, que tuvo su origen en una situación distinta a la actual.

La regulación de otros aspectos relacionados con las profesiones sanitarias, como el de la colegiación, debería tener también un desarrollo específico en la nueva

Ley sanitaria, coherente con la organización del SNS y con la relación con otros grupos profesionales, como los farmacéuticos, por las razones que he explicado previamente.

Por razones que he desarrollado en otros trabajos (Rey del Castillo, 2010b y d), la constitución, por una u otra vía, de un grupo de personal específico orientado y experto en la gestión del SNS podría ser un contenido adicional de la nueva norma.

3.3 Oportunidades y amenazas para el desarrollo de una nueva Ley de Sanidad

A) Oportunidades

- La primera de ellas es la que ofrece la propia crisis económica, en cuyo tratamiento ha quedado demostrada la contundencia del Gobierno al adoptar medidas que han resultado contrarias a los intereses de amplios grupos de población, lo que, sin embargo, no ha supuesto duda alguna en su aplicación. En el desarrollo de este trabajo he caracterizado la situación del SNS como sujeta a graves déficits estructurales, que son, a su vez, el resultado de los intereses contradictorios con los del conjunto del Sistema, de distintos grupos de diferente naturaleza, tanto empresariales como profesionales, políticos o de determinados grupos de trabajadores. La situación de crisis que todavía vivimos, en la que el control del déficit público, a través ante todo de la reducción del gasto, constituye la vía preferente de solución, representa una oportunidad manifiesta para superar los intereses contradictorios con la eficiencia del Sistema de esos grupos de interés, que en ausencia de esta situación extraordinaria no se han podido superar hasta ahora e hipotecan no solo la sostenibilidad económica del sistema, sino sobre todo el mantenimiento de las condiciones de universalidad e igualdad de la protección.

- La segunda condición, que supone una oportunidad para introducir las transformaciones necesarias en nuestro sistema sanitario para mejorar su eficiencia es la escasa tolerancia a los recortes en la prestación sanitaria, que se ha puesto de manifiesto cuando estos se han planteado como única respuesta a la reducción y el control del déficit público. Esa negativa a aceptar los recortes en la prestación sanitaria alcanzada se ha puesto de manifiesto recientemente en nuestro país: es buen ejemplo de ello la contestación que han recibido las medidas sugeridas por el Gobierno catalán, que han llevado a “aparcar” por ahora su aplicación.

Pero esa respuesta no se ha dado solo en España: en Estados Unidos, donde la cobertura pública se reduce prácticamente a jubilados (*Medicare*) y población de bajo nivel de ingresos (*Medicaid*), el rechazo popular a las medidas propuestas por el portavoz presupuestario del Partido Republicano para reducir la protección ofrecida por *Medicare*

y sustituirla por un sistema de cheques (*vouchers*) para comprar la atención en la aseguradora a elegir, de cuantía muy inferior al coste de la protección individual ofrecida hasta ahora, pese a haberse puesto de manifiesto tan solo en las encuestas de valoración de las posibilidades electorales para dentro de un año, ha llevado a graves conflictos internos en ese partido y ha sido determinante para que se pusiese en cuestión el apoyo a esa propuesta en el Senado (Epstein, 2011; Haberkorn, 2011; Robinson, 2011; Trush, 2011), donde fue finalmente derrotada, con el voto en contra de algunos senadores republicanos (Steinhauer, 2011). La potencia electoral de esa materia se ha confirmado con la elección de una representante demócrata que basó su campaña en el rechazo a la propuesta citada sobre *Medicare* en un feudo tradicionalmente republicano, a finales de mayo (Hennessey, 2011). El mismo grado de rechazo parece existir en Estados Unidos para el recorte en *Medicaid* (Galewitz, 2011).

Esas respuestas parecen poner de manifiesto una menor tolerancia por parte de la mayoría de la población a medidas de recorte en el terreno sanitario, si estos son sustantivos, cuyos efectos pueden ser percibidos de manera más inmediata por buena parte de aquella, frente a otras medidas, como las adoptadas en el sistema de pensiones, perceptibles a más largo plazo, de manera progresiva y susceptibles incluso en esos plazos más largos de corrección o compensación. Lo que supone una oportunidad para dar carácter preferente sobre las medidas de recorte inmediato a medidas “estructurales” en el sentido propuesto en este trabajo para garantizar la sostenibilidad económica del sistema sanitario dentro de los límites de gasto necesarios. Unas medidas que serían susceptibles de generar el apoyo de la mayoría de la población e incluso de combinarse con otras medidas de “reordenación” de las prestaciones, siempre que se propongan con una pedagogía adecuada y un grado suficiente de explicación.

Por el contrario, la aplicación de medidas de recorte sanitario sin ninguna orientación “estructural” o la introducción (activa o pasiva) de cambios estructurales (introducción del aseguramiento privado para grupos determinados de población; desgravaciones fiscales de la cobertura privada) que supongan la ruptura de las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria de que disponemos se pueden valorar como factores potenciales que pueden contribuir a una conflictividad social que empeoraría aún más la actual situación de desapego al sistema político que se ha puesto en evidencia en estos días también en distintos lugares del territorio español.

B) Amenazas

- La primera y quizá principal amenaza que puede dificultar el desarrollo de una norma que introduzca cambios estructurales en el SNS que permitan mejorar su eficiencia es la posición del Partido Socialista en relación con la protección sanitaria y el SNS. Conforme a las expectativas de su propio electorado y a la experiencia de otros países (Rey del Castillo, 2010b), ese partido debería ser el promotor natural y necesario de esos cambios.

Sin embargo, con arreglo a la situación descrita en este documento, la ambición reformista en este terreno, si es que se dio en realidad inicialmente, lo que se puede poner en cuestión, se agotó hace ya tiempo y desde hace quince años no se han producido por parte del Partido Socialista desarrollos legislativos distintos a los del Partido Popular; una situación de coincidencia que he descrito en otros países como propicia para que se produzcan retrocesos en las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria.

Lo que, por otra parte, se ha combinado con la referencia panegírica a la Ley General de Sanidad de 1986 como el sustrato que constituye todavía la base de esas condiciones de nuestro sistema sanitario; algo que, como he tratado de resaltar en este trabajo, se debe también poner en cuestión.

Romper esa situación y poner en marcha una revisión crítica de nuestro sistema sanitario en ausencia de elaboración política en este terreno en el seno del Partido Socialista, todavía y pese a todo, el representante mayoritario de la izquierda posible en este país, constituye la dificultad más evidente para hacer posibles los cambios estructurales necesarios que permitan la sostenibilidad financiera de un sistema sanitario que garantice la universalidad y la igualdad en la protección que este ofrezca.

- La segunda amenaza es la que supone la persistencia, 25 años después, la LGS de grupos de población, que he caracterizado en apartados previos, entre ellos buena parte de la población cubierta por las mutualidades de funcionarios y otros grupos que disponen de cobertura sanitaria diferenciada, pero también una parte de la población con doble cobertura pública y privada, interesados en mantener esas diferencias con el apoyo de las entidades que los gobiernan, o diferenciar sus sistemas de protección sanitaria específicos de la protección ofrecida por el SNS, manteniendo en todo caso la financiación pública de esos sistemas específicos de protección.

- La tercera, y quizás la más novedosa, la consolidación como grupo de interés constituido formalmente por las aseguradoras privadas y las cadenas de hospitales que proporcionan la atención a esos grupos de población, cuyo interés es extender su actividad a expensas de la financiación pública específica directa e indirecta, incluidas la desgravaciones fiscales, de esos sistemas diferenciados (y por ahora con aspiraciones de extensión limitada) de protección sanitaria.

Por todas las razones apuntadas, el desarrollo de una propuesta de las características descritas para modificar las condiciones estructurales del Sistema Nacional de Salud con objeto de hacer posible que se mantengan las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria puede ser, además de un objeto de debate político relevante, un elemento principal para diferenciar las posiciones de la izquierda para la solución de la crisis, y como tal y conforme a las evidencias disponibles, un instrumento programático capaz de recibir el apoyo de amplios grupos de población.

Bibliografía

- Abraham, J. (2009), Partial Progress: Governing the Pharmaceutical Industry and the NHS, 1948-2008. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 34(6): 931-77.
- Acta Sanitaria (2010), Estamos viviendo unos días en que no hay institución que se precie que no haya convocado una jornada para analizar la sostenibilidad y la financiación del Sistema sanitario. *Acta Sanitaria-Dimes y Diretes*, 25 de octubre. Accesible en www.actasanitaria.com. Accedido el 25-10-2010.
- Acta Sanitaria (2011a), Ribera Salud pone en marcha su central de compras. *Acta Sanitaria*, 3 de mayo. Accesible en www.actasanitaria.com. Accedido el 3-5-2011.
- Acta Sanitaria (2011b), Primeros desencuentros por la ley de “muerte digna”, calificación suprimida de su título. *Acta Sanitaria*, 16 de mayo. Accesible en www.actasanitaria.com. Accedido el 16-5-2011.
- Acta Sanitaria (2011c), Farmacias de Murcia deberán hipotecarse para poder cobrar los medicamentos dispensados a la sanidad pública. *Acta Sanitaria*, 25 de mayo. Accesible en www.actasanitaria.com. Accedido el 25-5-2011.
- Acta Sanitaria (2011d), Felipe González reclama con urgencia un punto más del PIB para la Sanidad Pública. *Acta Sanitaria*, 1 de julio. Accesible en www.actasanitaria.com. Accedido el 1-7-2011.
- Ahn, N., Alonso Meseguer, J., Herce San Miguel, J. A. (2003), Gasto sanitario y envejecimiento de la población española. Documento de Trabajo nº 7. Madrid: Fundación BBVA.
- Appleby, J. (2011a), A primer on health-care “exchanges”. *The Washington Post*, 29-3-2011. Accesible en http://www.washingtonpost.com/politics/a-primer-on-health-care-exchanges/2011/03/29/AF7uC7wB_story.html?wpisrc=nl_wonk.
- Appleby, J. (2011b), Health Insurance Rate Hikes Face Tougher Scrutiny. *Kaiser Health News*, 19 de mayo. Accesible en <http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2011/May/19/insurance-rate-increases-aca-rules.aspx>. Accedido el 23-5-2011.
- Armada, A., Muntaner, C., Navarro, V. (2001), Health and Social Security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int. J. Health Serv.*, 31(4): 729-68.
- Arranz, L. (1991), El sistema público de salud en España (pasado, presente y futuro). Memoria histórica de la transformación del Seguro de Enfermedad en España. Madrid (mimeo).
- Attali, J. (2006), Une brève histoire de l’avenir. París: Librairie Arthème Payard. Hay edición española: (2007), Breve historia del futuro. Barcelona: Paidós.
- Baker, S. (2011), Conservative groups push states to seek waivers. Healthwatch. The Hill’s Healthcare Blog. 19 de mayo. Accesible en <http://thehill.com/blogs/healthwatch/politics-elections/162217-conservative-groups-push-states-to-seek-waivers>. Accedido el 23-5-2011.
- BBC News (2011), Downing Street rejects L 1 bn NHS Budget cut claim. Accesible en www.bbc.co.uk/news/uk-politics-12853775. Accedido el 29-3-2011.
- Benito, E. de (2011a), Los papeles del Departamento de Estado. Presiones contra los genéricos. Los intentos de países pobres por conseguir medicamentos asequibles se enfrentan a la defensa de EE UU de los intereses de los grandes laboratorios. *El País*, 7 de febrero, pp. 1 y 30.
- Benito, E. de (2011b), Más intentos de recortar la factura farmacéutica. *El País*, 26 de abril, p. 39, col. 5.
- Berwick, D. (2008), A transatlantic review of the NHS at 60. *BMJ*, 337:a838 doi: 10.1136/bmj.a838 (publicado el 17 de julio).
- Blendon, R. J., Leitman, R., Morrison, I., Donelan, K. (1990), Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs*, 9(2): 185-92.
- Blendon, R. J., Donelan, K., Jovell, A. J., Pellise, L., Costas Lombardía, E. (1991), Spain’s citizens assess their health care system. *Health Affairs*, 10(3): 216-28.

- Brook, R. H. (2011), Is Choice of Physician and Hospital an Essential Benefit? *JAMA*, 305(2): 195-6.
- Busse, R., Riesberg, A. (2004), Germany. Health Care Systems in Transition. Copenhagen: WHO European Observatory on Health Systems and Policies.
- Cabinet Office (2010), New rights and support for staff mutuals—a big society plan for better public services. Accesible en www.cabinetoffice.gov.uk/newsroom/news_releases/2010/101117-staffmutuals.aspx.
- Callahan, D. (2003), Too much of a good thing: How splendid technologies can go wrong. *Hastings Center Report*, 33 (2): 19-22.
- Campbell, D. (2011), Budget 2011: coalition criticised as NHS spending power cut by £1 bn. *The Guardian*, 24 de marzo. Accesible en www.guardian.co.uk/2011/mar/24/budget-2011-nhs-spending-power-cut/print. Accedido el 29-3-2011.
- Canadian Medical Association (2011a), Economic Woes Raise Health Fears Among Canadians. Accesible en www.newswire.ca/en/releases/archive/August2009/17/c5321.html. Accedido el 25-5-2011.
- Canadian Medical Association (2011b), Health care No. 1 Priority for Canadians in Next Week's Budget. Accesible en www.newswire.ca/en/releases/archive/March2011/18/c4193.html. Accedido el 25-5-2011.
- CHSRF (2005), Myths: A parallel private system would reduce waiting times in the public system. CHSRF Mythbusters, marzo de 2005. Accesible en http://30334.vws.magma.ca/mythbusters/html/myth17_e.php.
- Cohn, J. (2011a), The Conservative Assault on Medicaid. *The New Republic*, 10 de marzo. Accesible en www.tnr.com/blog/jonathan-cohn/85054/conservative-attack-medicaid-health-reform.
- Cohn, J. (2011b), Medicine is not a consumer good. *The New Republic*, 22 de abril. Accesible en www.tnr.com/blog/jonathan-cohn/87223/the-patient-customer. Accedido el 25-4-2011.
- Cohn, J. (2011c), Are you better off with Medicaid than no insurance? A landmark study says yes (guest opinion). *Health News*, 7 de julio. Accesible en <http://www.kaiserhealthnews.org/Columns/2011/July/070711cohn.aspx>. Accedido el 7-7-2011.
- Colombani, J. M. (2009), Los “lobbies” sanitarios se enfrentan a Obama. *El País*, 19 de agosto, p. 23, col. 1-5.
- Condon, S. (2011), Obama regrets not passing health care reform more quickly. CBS News, 20 de abril. Accesible en www.cbsnews.com/8301-503544_162-20055864-503544.html. Accedido el 25-4-2011.
- Cordier, A., Salas, F. (2010), Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat. París: Inspection Générale des Finances-Inspection Générale des Affaires Sociales.
- Costa-Pau, M. (2011), La Generalitat apraca su promesa de desgravar los seguros de salud. *La Vanguardia*, 18 de mayo.
- Council of the European Union (2010), Council conclusions on the EPC-Commission Joint Report on health systems in the EU. 3054th Economic and Financial Affairs Council Meeting. Bruselas, 7 de diciembre.
- Curfman, G. D., Morrissey, S., Drazen, J. M. (2011), Prescriptions, Privacy, and the First Amendment. *NEJM*, editorial. 10.156/NEJMe1104460.
- Danzon, P. M., Furukawa, M. F. (2003), Prices and availability of pharmaceuticals: evidence from nine countries. *Health Affairs*, jul.-dec.; Suppl Web Exclusives:W3-521-36.
- David, E., Tramontin, T., Zimmel, R. (2009), Pharmaceutical R&D: the road to positive returns. *Nature Reviews/Drug Discovery*, 8: 609-10.
- Degos, L., Michel, P., Bacou, J. (2008), Can France keep its patients happy? *BMJ*, 336: 254-7.
- Dessai, M., Nolte, E., Mays, N., Nikolentzos, A. (2009), Top-up payments: the lessons from elsewhere. *BMJ*, 338: 1360-2.
- Do, H. (2008), Guidance on NHS patients who wish to pay for additional private care. Department of Health, 4 de noviembre.
- Do, H. (2010), Equity and excellence: liberating the NHS. Department of Health. Accesible en www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance.
- DOUE (2011), Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Diario Oficial de la Unión Europea, 4 de abril, L 88/45-88/65.

- Eggen, D. (2009a), Lobbyists spend millions to influence health care. *The Washington Post*, 21 de julio.
- Eggen, D. (2009b), Industry is generous to influential bloc. *The Washington Post*, 31 de julio. Accesible en <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/07/30/AR2009073004267.html>.
- Elola, J. (1996), Health Care System Reforms in Western European Countries: the Relevance of Health Care Organization. *Int. J. Health Serv.*, 26(2): 239-51.
- Elola, J., Daponte, A., Navarro, V. (1995), Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe. *Am. J. Pub. Health*, 85(10): 1397-401.
- Epstein, J. (2011), Poll: Balance the Budget without Medicare cuts. *Politico*, 23 de mayo. Accesible en www.politico.com/news/stories/0511/55483.html?wpisrc=nl_wonk. Accedido el 25-5-2011.
- Esteve Mora, F. (1989), Bienestar y economía posicional. En Muñoz del Bustillo, R. (comp.). *Crisis y futuro del Estado de bienestar*. Madrid: Alianza Editorial, pp. 101-23.
- Feachem, R. G. A., Sekhri, N. K., White, K. L. (2002), Getting more for their dollars: comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*, 324: 135-43.
- Finkelstein, A., et al. (2011), The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year. NBER Working Paper No. 17190. Accesible en <http://www.nber.org/papers/w17190>. Accedido el 7-7-2011.
- Fortier, J. (2010), Dems have only themselves to blame. *Politico*, 21 de enero. Accesible en www.politico.com/news/stories/0110/31735.html.
- France, G. (ed.) (2001), *Federalismo, Regionalismo e Standard Sanitari Nazionali. Quattro paesi, quattro approcci*. Milán: Dott. A, Giuffrè Editore.
- France, G. (2006), *Federalismo e sanità*. Milán: Dott. A, Giuffrè Editore.
- Freire Campo, J. M. (1993), Cobertura sanitaria y equidad en España. En I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza. Vol. VIII. Madrid: Fundación Argentaria.
- Fuchs, V. R. (2008), Three "Inconvenient Truths" about Health Care. *NEJM*, 359(17): 1749-51.
- Fuentes Quintana, E., Barea Tejeiro, J. (1996), El déficit público de la democracia española. *Papeles de Economía Española*, 68: 86-191.
- Fundación Bamberg (2011), *El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud. Propuestas para un Debate*. Madrid: Fundación Bamberg.
- Galewitz, P. (2011), Most Americans Oppose GOP Plan to Cut Medicaid. *Kaiser Health News*, 25 de mayo. Accesible en www.kaiserhealthnews.org/Stories/2011/May/25/Kaiser-Medicaid-poll.aspx. Accedido el 26-5-2011.
- Garau, M., Towse, A., Danzon, P. (2011), Pharmaceutical pricing in Europe: is differential pricing a win-win solution? Office of Health Economics, Occasional Paper 11/01, 11 de febrero.
- García Díaz, M. A. (2008), Intervención en el Seminario de la Fundación Alternativas: Sistema Nacional de Salud 2008: nueva etapa, nuevos retos. Madrid, 15 de octubre de 2008. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, p. 25-35. Accesible en www.fundacionalternativas.org.
- García del Río, R. (2011), Italia palia el golpe para la botica y lo repercute en la industria. *Correo Farmacéutico*, 28 febrero-6 de marzo, p. 40, col. 1-5.
- Gil, V., Barrubés, J., Álvarez, J. C., Portella, E. (2010), *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario*. Barcelona: Antares Consulting.
- Glyn, A. (2006), *Capitalismo unleashed. Finance, Globalization and Welfare*. Oxford University Press. Hay edición española: (2010) *Capitalismo desatado. Finanzas, globalización y bienestar*. Madrid: Libros de la Catarata.
- Gómez, J. (2010), Merkel eleva la carga fiscal para cubrir el déficit de la sanidad. *El País*, 13 de noviembre, p. 9, col. 1-2.
- Greer, S. (2002), *When Does Devolution Cause Divergence? Health agendas and policy debates before and after devolution*. Londres: UCL Constitution Unit.
- Greer, S. (2004), *Four Way Bet: how devolution has led to four different model for the NHS*. Londres: UCL Constitution Unit.
- Greer, S. (2009), *Devolution and divergence in UK policies*. *BMJ*, 338: 78-80.
- Greer, S., Trench, A. (2008), *Health and Intergovernmental relations in the devolved United Kingdom*. Londres: The Nuffield Trust.

- Guillén, A. (2000), La construcción política del sistema sanitario español: de la posguerra a la democracia. Madrid: Ex Libris Ediciones.
- Haberkorn, J. (2011), GOP braces for Medicare blowback. *Politico*, 24 de mayo. Accesible en www.politico.com/news/stories/0511/55548.html. Accedido el 25-5-2011.
- Hagist, C., Kotlikoff, L. J. (2005), Who's going broke? Comparing Healthcare costs in ten OECD Countries. National Bureau of Economic Research (NBER), Working Paper 11833, diciembre de 2005. Accesible en www.nber.org/papers/w11833.
- Ham, C. (2008a), Competition and integration in the English National Health Service. *BMJ*, 336: 805-7.
- Ham, C. (2008b), World Class Commissioning: a health policy chimera? *Journal of Health Services Research and Policy*, 13(2): 116-21.
- Ham, C., Ellis, J. (2010), Employee ownership in the NHS. *BMJ*, 341: 1176.
- Ham, C., Dixon, J., Chantler, C. (2011), Clinically integrated systems: the future of NHS reform in England? *BMJ*, 342: 740-2.
- Hartman, M., et al. (2007), U. S. Health Spending by age, selected years through 2004 (recent trends indicate that per person spending for the oldest elderly is growing more slowly than spending for all other age groups). *Health Affairs*, 27, 1 (2008): w1-w12 (publicado en línea el 6 de noviembre de 2007; 10.1377/hlthaff.27.1.w.1).
- Health Edition (2009), Western premiers take drug purchasing action. *Health Edition* 26-6-2009. Vol. 13 (25): pp. 1 y 4. Accesible en www.healthedition.com.
- Hellowell, M. (2011), Treasury sets PFI terms in concrete. Accesible en <http://opinion.publicfinance.co.uk/2011/01/treasury-sets-pfi-terms-in-concrete-by-mark-hellowell/> Accedido 26/01/2011.
- Hennessey, K. B. (2011), Medicare proposal may have cost GOP a House seat in New York. *Los Angeles Times*, 24 de mayo. Accesible en www.latimes.co/health/la-na-0525-new-york-race-20110525,0,3153620.story. Accedido el 26-5-2011.
- Hernández Yáñez, J. (2010), La enfermería frente al espejo: mito y realidades. Documento de Trabajo 162/2010. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- House of Commons Health Committee (2005), The Influence of the Pharmaceutical Industry. Fourth Report of Session 2004-2005. House of Commons, 22 de marzo. Accesible en www.parliament.uk/pa/c,200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf.
- Hsiao, W. C. (2011), State-Based, Single Payer Health-Care—A solution for the United States? *NEJM*, 364(13): 1188-90.
- Huber, E., Stephens, J. D. (2004), Development and crisis of the Welfare States: Parties and Policies in Global Markets. Chicago: University of Chicago Press.
- Ibañez, L. G. (2011), La Ley de Universalización de la Sanidad dará cobertura a 200.000 personas. *Diario Médico*, 6 de abril, pp. 1 y 4.
- Iñesta, A. (2005), “Políticas de medicamentos”. En Oteo Ochoa LA, Repullo Labrador (coords.). Un nuevo contrato social para el SNS. Madrid: Ariel-CC OO. pp. 131-63.
- Iñesta, A. (2007), Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud. Documento de Trabajo 123/2007. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Jemai, N., Thomson, S., Mossialos, E. (2009), An overview of cost-sharing for health services in the European Union. *Euro Observer*, 6(3): 1-3.
- Jommi, C., Fattore G. (2003), Regionalization and drugs cost-sharing in the Italian NHS. *Euro Observer*, 5(3): 1-4.
- Kaiser Family Foundation (2010), Explaining Health Care Reform: Questions about Health Insurance Exchanges. Accesible en www.kff.org/healthreform/7908.cfm.
- Kaiser Health News (2011), Scoreboard: Tracking Health Law Court Challenges. Accesible en <http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2011/March/02/health-reform-law-court-case-status.aspx>. Accedido el 29-4-2011.
- Keith, T. (2011), Health Care Costs New Threat To U.S. Military. NPR, 6 de junio. Accesible en <http://www.npr.org/2011/06/07/137009416/u-s-military-has-new-threat-health-care-costs>. Accedido el 8-6-2011.

- Klein, E. (2010), A good message is not nearly as important as a fast process. Accesible en http://voices.washingtonpost.com/ezra-klein/2010/02/a_good_message_is_not_nearly_s.html?wpisrc=nl_pmpolitics. Accedido el 8-2-2010.
- Klein, E. (2011), Amazing! Science Proves Health Insurance Works. *Bloomberg News*, 7 de julio. Accesible en <http://www.bloomberg.com/news/2011-07-07/amazing-science-proves-health-insurance-works-commentary-by-ezra-klein.html>. Accedido el 7-7-2011.
- Krimsky, S. (2003), Science in the Private Interest. Has the Lure of Profits corrupted Biomedical Research? Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.
- Krugman, P. (2007), The Conscience of a Liberal. Nueva York: W.W. Norton & Company. Hay versión española: (2008) Después de Bush. El fin de los neocons y la hora de los demócratas. Barcelona: Crítica.
- Krugman, P. (2009), Missing Richard Nixon. *New York Times*. Opinión, 30 de agosto. Accesible en www.nytimes.com.
- Krugman, P. (2011a), Obama ha desaparecido. *El País-Negocios*, 17 de abril, p. 20, col. 1-4.
- Krugman, P. (2011b), Patients are not consumers. *New York Times*. Opinión, 21 de abril. Accesible en www.nytimes.com/2011/04/opinion/22krugman.html?wpisrc=nl_wonk. Accedido el 26-4-2011.
- Labour (2011a), NHS faces 1bn real terms cut. Cameron has broken his promise-Healey. Accesible en www.labour.org.uk/nhs-faces-1bn-real-terms-cut-cameron-has-broken-his-promise/. Accedido el 29-3-2011.
- Labour (2011b), Cameron's reforms will leave NHS fragmented, taking it backwards – Healey. Accesible en <http://www.labour.org.uk/camerons-reforms-will-fragment-nhs>, 5 de mayo. Accedido el 25-5-2011.
- LeGrand, J., Mays, N., Mulligan, J. A. (1998), Learning from the NHS Internal Market. A review of the evidence. Londres: King's Fund.
- Leonhardt, D. (2010), Opposition to Health Law is steeped in tradition. *New York Times, Business-Economy*, 14 de diciembre. Accesible en www.nytimes.com/2010/12/15/economy/15leonhardt.html.
- Levinthal, D. (2010), Federal Lobbying Climbs in 2009 as Lawmakers Execute Aggressive Congressional Agenda. Open Secrets-Canal Eye Blog. Accesible en www.opensecrets.org/news/2010/02/federal-lobbying-soars-in-2009.html. Accedido el 15-2-2010.
- Light, D., Dixon, M. (2004), Making the NHS more like Kaiser Permanente. *BMJ*, 328(27): 763-5.
- López, C. (2011), El Gobierno busca votos con la ley de muerte digna antes del 22-M. *La Vanguardia*, 30 de abril. Accesible en www.lavanguardia.com/politica/20110430/54147540961. Accedido el 3-5-2011.
- López Bastida, J., Mossialos, E. (2000), Pharmaceutical expenditure in Spain: Cost and Control. *Int. J. Health Serv.*, 30(3): 597-616.
- Marcus, R. (2010), It's too soon to grade Obama's performance as President. *The Washington Post*, 20 de enero. Accesible en www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/01/19/AR201001903467.html.
- Martinsen, D. S., Blomqvist, P. (2009), "The European Union: single market pressures". En Magnussen, J., Vranbaek, K., Saltman, R. B. (eds.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead: McGraw Hill-Open University Press. pp. 294-315.
- McKinsey Quarterly (2010), What does it take to make integrated care work? McKinsey's Company. Enero. Accesible en www.mckinseyquarterly.com/Health_care/Strategy_Analysis/What_does_it_take_to_make_integrated_care_work_2506. Accedido el 14-6-2010.
- Menéndez Rexach, A. (2008), La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 6(2): 269-96.
- Meneu, R. (2005), "Regulación y competencia en el sector farmacéutico". En Oteo Ochoa, L. A., Repullo Labrador, J. R. (coord.), *Un nuevo contrato social para el SNS*. Madrid: Ariel-CCOO. pp. 165-81.
- Meneu, R. (2008), La distribución y dispensación de medicamentos en España, Documento de trabajo 130/2008. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.

- Meyerson, H. (2010), More action on health care. (Democrats disastrous delay). *The Washington Post*, 20 de enero. Accesible en www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/01/19/AR2010011903713.html.
- Millman, J. (2011), Right urges states to seek health waivers. *Politico*, 5/19. Accesible en www.politico.com/news/stories/0511/55297.html. Accedido el 23-5-2011.
- Mohan, J. (2003), The past and future of the NHS: New Labour and foundation hospitals. History and Policy. Policy Paper No. 14. Accesible en www.historyandpolicy.org/papers/policy-paper-14.html. Accedido el 22-5-2011.
- Moreno Fuentes, F. J., Bruquetas Callejo, M. (2011), Inmigración y Estado de bienestar en España. Colección y Estudios Sociales nº 31. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Morgan, S. (2004), Sources in Variation in Provincial Drug Expenditures. *Canadian Medical Association Journal*, 170(3): 329-30.
- Morgan, S. (2005), Drug Expenditure Trends in the Canadian Provinces: Magnitude and Causes from 1998 to 2004. *Healthcare Policy*, 1(1): 85-99.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (2002), Funding health care: options for Europe. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.
- Movin' Meat (2011), Why patients are not consumers. *Movin' Meat*, 21 de abril. Accesible en <http://allbleedingstops.blogspot.com/2011/04/why-patients-are-not-consumers.html>. Accedido el 26-4-2011.
- Navarro, V. (1989), Why some countries have National Health Insurance, others have National Health Services, and the United States have neither. *Int. J. Health Serv.*, 19(3): 383-404.
- Navarro, V. (2009), La muy limitada democracia de EE UU. *Público*, 24 de septiembre, p. 7, col 1-4.
- Navarro, V., Elola, J. (1995), Análisis de las políticas sanitarias españolas 1975-1992. *Sistema*, 126: 19-39.
- Nursing Personnel (2011), 53.000 NHS jobs to go. *Nursing Personnel. News Article*. Accesible en www.nursingpersonnel.co.uk/news-post.html?post=53000-nhs-jobs-to-go. Accedido el 29-3-2011.
- OCDE (1994), Health Care Reform: Issues for Discussion. Paris, OECD Working Paper No. 1 of the Economic Policy Committee. Paris: OECD.
- OCDE (1995), Internal markets in the making. Health Systems in Canada, Iceland and the United Kingdom. Hay versión española: (1998) Mercados internos en evolución. Sistemas sanitarios en Canadá, Islandia, y Reino Unido. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OCDE (2004), Eco-Salud OCDE 2004. París: OCDE.
- OCDE (2006), Projecting Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers? OECD Economics Department Working Papers, No. 477. París: OCDE.
- OMS (2000), World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance. Accesible en www.who.int/.
- Pauly, M. V. (2005), Competition and new technology. *Health Affairs*, 24: 1523-35.
- Pear, R. (2011a), GOP Blueprint Would remake Health Policy. *New York Times, Money & Policy*, 4 de abril. Accesible en www.nytimes.com/2011/04/05/health/policy/05health.html.
- Pear, R. (2011b). Insurers Told to Justify Rate Increases Over 10 Percent. Accesible en http://www.nytimes.com/2011/05/20/us/politics/20health.html?_r=2&hp=&adxnnl=1&adxnnlx=1305878433-tqivQZLQddG5hYaT3TdI0g. Accedido el 23-5-2011.
- Pecquet, J. (2011), Healthcare lobbying cools down one year after reform law's passage. The Hill's Healthcare Blog, 21/04. Accesible en <http://thehill.com/blogs/healthwatch/lobbying/157231-healthcare-lobbying-cools-down-one-year-after-reform-law's-passage>. Accedido el 27-4-2011.
- Pickstone, J. (2011), The rule of ignorance: a polemic on medicine, English health service policy, and history. *BMJ*, 342: 633-634.
- Pollock, A. M. (2004), NHS plc. The Privatisation of Our Health Care. Londres: Verso.
- Pollock, A. M., Price, D. (2000), Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatization in health care systems. *The Lancet*, 356: 1995-2000.
- Pollock, A. M., Shaoul, J., Vickers, N. (2002), Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?! *BMJ*, 324: 1205-9.

- Pollock, A. M., Price, D., Liebe, M. (2011), Private finance initiatives during NHS austerity. *BMJ*, 342: 417-9.
- Potter, W. (2010), *Deadly Spin: An Insurance Company Insider Speaks Out on How Corporate PR is Killing Health Care and Deceiving Americans*. Nueva York-Londres: Bloomsbury Press.
- Prieto Orzanco, A., Arbelo López de Letona, A., Mengual García, E. (2006), El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios. Documento de Trabajo 99/2006. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Puig-Junoy, J., Rodríguez, M. (2011), Razones para no temer el copago sanitario. *El País.com, Salud*, 10 de mayo. Accesible en http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Razones/temer/copago/sanitario/elpepusoc/20110509elpepusoc_4/Tes.
- PWC (2011), Diez Temas Caudentes de la Sanidad Española. El momento de hacer más con menos. Madrid: Price-Waterhouse-Cooper.
- Rachlis, M. M. (2005), Public Solutions to Health Care Wait Lists. *Canadian Centre for Policy Alternatives*, diciembre de 2005. Accesible en www.policyalternatives.ca.
- Ramesh, R., Campbell, D. (2010), NHS cuts to run deep as spending goes up. *The Guardian*, 17 de octubre. Accesible en www.guardian.co.uk/society/2010/oct/17/nhs-cuts-spending/print. Accedido el 29-3-2011.
- Rehnberg, C., Magnussen, J., Luoma, K. (2009), "Maintaining fiscal sustainability in the Nordic countries". En Magnussen, J., Vranbaek, K., Saltman, R. B. (eds.). *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead: McGraw Hill-Open University Press. pp. 180-97.
- Relman, A. S. (1980), The new medical-industrial complex. *NEJM*, 303: 963-70.
- Repullo, J. R. (2009a), La insoportable levedad del copago. *El País-Salud*, 9 de mayo, p. 14, col. 1-4.
- Repullo, J. R. (2009b), La buena sanidad pública, ¿ni se compra ni se vende? A propósito de los copagos y de su contribución a una mejor valoración de los servicios públicos por los "usuarios-clientes". *Salud 2000*, 124: 15-20.
- Repullo, J. R. (2009c), Copago sí-copago no: revisando modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo. *AMF*, 5(11): 625-32.
- Rey Biel, P., Rey del Castillo, J. (2005), "Globalización y tecnologías sanitarias". En Sánchez Bayle, M., Colomo, C., Repeto, C. (eds.). *Globalización y salud*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), pp. 209-58.
- Rey Biel, P., Rey del Castillo, J. (2006), La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. Documento de Trabajo 100/2006. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Rey del Castillo, J. (1998), Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rey del Castillo, J. (2000), "Las políticas sanitarias como parte del Estado de Bienestar". En Garde J. A. (ed.), *Informe 2000. Políticas sociales y Estado de Bienestar en España*. Madrid: Fundación Hogar del Empleado, 2000. pp. 225-78.
- Rey del Castillo, J. (2003), "Unas notas sobre la situación de crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en Europa y Latinoamérica". En *La Protección Social de los Trabajadores en América Latina y Europa*. VI Encuentro Sindical América Latina-España. Madrid, 11 y 12 de marzo de 2002. Madrid UGT-Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo (ISCOD), pp. 122-49.
- Rey del Castillo, J. (2009a), Sobre los efectos de la reforma sanitaria norteamericana (que Dios haga). *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*, 5 de junio. Accesible en: www.opinionras.com/index.php?q=node/827.
- Rey del Castillo, J. (2009b), Siguiendo un debate "ejemplar". Actualización de la situación. *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*, 6 de septiembre. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1309.
- Rey del Castillo, J. (2009c), Siguiendo el debate americano (II). *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*, 16 de noviembre. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1545.
- Rey del Castillo, J. (2010a), La reforma sanitaria americana, tercera entrega: ¿dos pasos adelante y uno (¿quizá decisivo?) atrás? *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*, 1 de febrero. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1804.

- Rey del Castillo, J. (2010b), Políticas sanitarias en España. Pasado, presente y futuro del sistema sanitario español. Un desarrollo específico de la medicina bajo el capitalismo. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Tesis doctoral.
- Rey del Castillo, J. (2010c), Sobre la reforma sanitaria americana /IV y final... por ahora. *E-RAS: semanario en línea de actualidad sanitaria*, 13 de abril. Accesible en www.administracionsanitaria.com/node/2105.
- Rey del Castillo, J. (2010d), Entrevista. *Salud 2000*, XXIII (129): 5-9.
- Rey del Castillo, J. (2011), “La evaluación de las tecnologías sanitarias: ¿un mito o una solución para el aumento del gasto sanitario?” En *Otra gestión sanitaria es posible*. Madrid: Fundación 1º de Mayo, pp. 91-126. Accesible en: www.1mayo.ccoo.es.
- Robinson, E. (2011), The GOP’S Medicare headache. *The Washington Post*, 24 de Mayo. Accesible en http://www.washingtonpost.com/opinions/the-gops-medicare-headache/2011/05/23/AFfST49G_story.html. Accedido el 25-5-2011.
- Rosanvallon, P. (1995), La crisis del Estado providencia. Madrid: Civitas. Edición original: (1981 y 1992), París: Editions du Seuil.
- Rosenbaum, S. (2011), A ‘Broader Regulatory Scheme’ –The Constitutionality of Health Care Reform. *NEJM*, 363(29): 1881-3.
- Rubia Vila, F. J. (coord.) (2011), Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español. Madrid: Academia Europea de Ciencias y Artes-España.
- Ruiz Jiménez, J. L. (1990), “Atención Primaria de Salud”. En *La Sanidad española a debate*. Serie Sanidad Pública nº 2. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), p. 89-120.
- Sahuquillo, M. R. (2011), Humberto Arnés, director general de Farmaindustria: “La falta de pago nos estrangula. La sanidad exige más recursos o pondremos en peligro su calidad”. *El País*, 20 de julio, p. 31, col. 1-4.
- Saltman, R. B. (2010), Small Steps Toward Cost Control. The Hastings Center-Health Care Cost Monitor, 19 de abril. Accesible en <http://healthcarecostmonitor.thehastingscenter.org/richardsaltman/small-steps-toward-cost-control/>. Accedido el 23-4-2010.
- Saltman, R. B., Von Otter, C. (1987), Re-vitalizing public health care systems: a proposal for public competition in Sweden. *Health Policy*, 7: 21-40.
- Sánchez Bayle, M. (2011), Copago: un impuesto a la enfermedad. Accesible en http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Copago/impuesto/enfermedad/elpepusoc/20110516elpepusoc_7/Tes.
- Schofield, K. (2010), NHS is cared stiff. *The Sun*, 17 de febrero. Accesible en <http://www.thesun.co.uk/sol/homepage/woman/health/health/2856575/NHS-re%20ports-blast-a-culture-of-fear.html>. Accedido el 23-5-2011.
- Schömig, A. (2009), Ticagrelor – Is There Need for a New Player in the Antiplatelet-Therapy Field? *NEJM*, 361(11): 1108-11.
- Sevillano, E. G. (2011), Los nuevos hospitales de Madrid piden 80 millones más a Aguirre y advierten del “colapso” si no los reciben. *El País*, 9 de mayo, Suplemento Madrid, pp. 1 y 4.
- Sheldon, T. (2010), Dutch insurer refuses to support surgery at low volume hospitals. *BMJ*, 341: 1186.
- Sherman, J., Cohen, R. E. (2011), Paul Ryan’s Budget would slash \$6 trillion, reform entitlements, cut taxes. *Politico*, 4 de mayo. Accesible en www.politico.com/news/stories/0411/52529.html.
- Singer, N. (2011), A Fight Over How Drugs Are Pitched. *The New York Times-Business Day*, 24 de abril. Accesible en www.nytimes.com/2011/04/25/business/25privacy.html?nl=todaysheadlines. Accedido el 27-4-2011.
- Solá-Morales, O. (2011), La evaluación de tecnologías sanitarias en España. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, Documento de Trabajo (en prensa).
- Solanas, P. (coord.) (2010), Copago. Conclusiones desde la evidencia científica. Documentos SEMFYC nº 29. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Soria, B. (2011), Informe Bernat Soria, promovido por Abbott. Madrid: Laboratorios Abbott.
- Steinhauser, J. (2011), Democrats Put GOP on Spot as Medicare Plan Fails. *The New York Times*, 25 de mayo 25. Accesible en www.nytimes.com/2011/05/26/us/politics/26medicare.html.

- Stimpson, J. P., Wilson, F. A., Eschbach, K. (2010), Trends in Health Care Spending for Inmigrants in the United States. *Health Affairs*, 29(3): 1-7.
- Timmins, N. (1996), *The five giants. A biography of the Welfare State*. Londres: Harper Collins. Hay edición española: (2000), *Los cinco gigantes. Una biografía del Estado de Bienestar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Timmins, N. (2008), Decision to split role of purchaser and provider may 'end up in the dustbin'. *BMJ*, 336: 979.
- Timmins, N. (2011), Humana pulls out of UK as another private provider admits reforms are no 'gold rush'. *BMJ*, 342: d490 (publicado el 24 de enero).
- Travers, T. (2011), Treasury in a tangle over PFI. Accesible en <http://opinion.publicfinance.co.uk/2011/02/treasury-in-a-tangle-over-pfi-by-tony-travers/>. Accedido el 18-2-2011.
- Trush, G., Sherman, J. (2011), Republicans ignored warnings on Paul Ryan Plan. *Politico*, 23 de mayo. Accesible en www.politico.com/news/stories/0511/55466.html?wpisrc=nL_wonk. Accedido el 25-5-2011.
- Tuffs, A. (2010), Germany restricts specialist care to high volume hospitals. *BMJ*, 341: 1187.
- UNESPA (2010), Comisión para el estudio de los efectos del envejecimiento en el futuro del Estado de Bienestar. Reflexiones para la Reforma. Madrid: UNESPA. Accesible en <http://www.unespa.es/frontend/unespa/Reflexiones-Para-La-Reforma-Del-Estado-Del-Bienestar-vn3050-vst16>.
- Volsky, I. (2010), Insurers spent \$ 86 Million To Undermine Health Care Reform. *The Wonk Room*, 17 de noviembre. Accesible en <http://wonkroom.thinkprogress.org/2010/11/17/chamber-insurers/>.
- Wagstaff, A. (2009), Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD. The World Bank Policy Research Working Paper 4821.
- Watson, R. (2010), Greek drug price cuts will have knock on effect across Europe, industry warns. *BMJ*, 340: c3043 doi: 10.1136/bmj.c3043 (publicado el 8 de junio).
- Weisbrod, B. A. (1991), The Health Care Quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost-containment. *Journal of Economic Literature*, 29(2): 523-52.
- Williams, D. (2011), Treasury launches project to cut PFI costs. Accesible en www.publicfinance.co.uk/treasury-launches-project-to-cut-pfi-costs/. Accedido el 18-2-2011.

Índice de Gráficos y Tablas

Gráficos

Gráfico 1.1. Distribución del PIB y del Gasto en Salud per Capita en Países de la OCDE en 1992	15
Gráfico 1.2. Distribución del PIB y del Gasto en Salud per Capita en Países de la OCDE en 2002.	16
Gráfico 2. Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB en 2003 en Grupos de Países Agrupados por Niveles de PIB per Capita (en miles de \$)	17
Gráfico 3. Beneficios después de impuestos como porcentaje sobre activos de las empresas farmacéuticas norteamericanas en relación con las de otros sectores 1995-2008, según la Kaiser Family Foundation 2010.	28
Gráfico 4. Evolución de la Cobertura Sanitaria de la Seguridad Social en Términos de Porcentaje de Población 1945-1991.	63
Gráfico 5. Evolución del porcentaje del gasto sanitario público en poder paritario de compra (PPC) en España respecto de la Comunidad Europea entre 1975 y 1991.	67

Tablas

Tabla 1. Evolución de la Población con Derecho a Protección Sanitaria de la Seguridad Social 1967-1978	62
--	----

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Ángel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.
- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.

- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.^a Contreras Mazario, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tío Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.
- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubia Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Manuel Reyes Mate.
- 97/2006. **Cuánto saben los ciudadanos de política.** Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social.** Albert J. Jovell y María D. Navarro.
- 99/2006. **El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios.** A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García.

- 100/2006. **La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver.** Pedro Rey Biel y Javier Rey del Castillo.
- 101/2006. **Responsabilidad social empresarial en España.** Anuario 2006.
- 102/2006. **Problemas emergentes en salud laboral: retos y oportunidades.** Fernando G. Benavides y Jordi Delclòs Clanchet.
- 103/2006. **Sobre el modelo policial español y sus posibles reformas.** Javier Barcelona Llop.
- 104/2006. **Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público.** Ginés de Rus Mendoza.
- 105/2007. **El teatro en España: decadencia y criterios para su renovación.** Joaquín Vida Arredondo.
- 106/2007. **Las alternativas al petróleo como combustible para vehículos automóviles.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 107/2007. **Movilidad del factor trabajo en la Unión Europea y coordinación de los sistemas de pensiones.** Jesús Ferreiro Aparicio y Felipe Serrano Pérez.
- 108/2007. **La reforma de la casación penal.** Jacobo López Barja de Quiroga.
- 109/2007. **El gobierno electrónico: servicios públicos y participación ciudadana.** Fernando Tricas Lamana.
- 110/2007. **Sistemas alternativos a la resolución de conflictos (ADR): la mediación en las jurisprudencias civil y penal.** José-Pascual Ortuño Muñoz y Javier Hernández García.
- 111/2007. **El sector de la salud y la atención a la dependencia.** Antonio Jiménez Lara.
- 112/2007. **Las revistas culturales y su futuro digital.** M.^a Trinidad García Leiva.
- 113/2007. **Mercado de vivienda en alquiler en España: más vivienda social y más mercado profesional.** Alejandro Inurrieta Beruete.
- 114/2007. **La gestión de la demanda de energía en los sectores de la edificación y del transporte.** José Ignacio Pérez Arriaga, Xavier García Casals, María Mendiluce Villanueva, Pedro Miras Salamanca y Luis Jesús Sánchez de Tembleque.
- 115/2007. **Aseguramiento de los riesgos profesionales y responsabilidad empresarial.** Manuel Correa Carrasco.
- 116/2007. **La inversión del minoritario: el capital silencioso.** Juan Manuel Barreiro, José Ramón Martínez, Ángeles Pellón y José Luis de la Peña.
- 117/2007. **¿Se puede dinamizar el sector servicios? Un análisis del sector y posibles vías de reforma.** Carlos Maravall Rodríguez.
- 118/2007. **Políticas de creación de empresas y su evaluación.** Roberto Velasco Barroetabeña y María Saiz Santos.
- 119/2007. **La reforma del acceso a la carrera judicial en España: algunas propuestas.** Alejandro Saiz Arnaiz.
- 120/2007. **Renta y privación en España desde una perspectiva dinámica.** Rosa Martínez López.
- 121/2007. **La inversión pública en España: algunas líneas estratégicas.** Rafael Myro Sánchez.
- 122/2007. **La prensa ante el reto en línea. Entre las limitaciones del modelo tradicional y las incógnitas de su estrategia digital.** Xosé López y Xosé Pereira.
- 123/2007. **Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud.** Antonio Iñesta García.
- 124/2007. **Laicidad, manifestaciones religiosas e instituciones públicas.** José M.^a Contreras Mazarío y Óscar Celador Angón.
- 125/2007. **Las cajas de ahorros: retos de futuro.** Ángel Berges Lobera y Alfonso García Mora.
- 126/2007. **El Informe PISA y los retos de la educación en España.** Olga Salido Cortés.
- 127/2007. **Propuesta de organización corporativa de la profesión médica.** Juan F. Hernández Yáñez.
- 128/2008. **Urbanismo, arquitectura y tecnología en la ciudad digital.** José Carlos Arnal Losilla.
- 129/2008. **La televisión digital terrestre en España. Por un sistema televisivo de futuro acorde con una democracia de calidad.** Enrique Bustamante Ramírez.
- 130/2008. **La distribución y dispensación de medicamentos en España.** Ricard Meneu.
- 131/2008. **Nuevos mecanismos de fraude fiscal. Algunas propuestas para un modelo de investigación.** Juan Manuel Vera Priego.
- 132/2008. **Radio digital en España: incertidumbres tecnológicas y amenazas al pluralismo.** Rosa Franquet Calvet.
- 133/2008. **Dinámica emprendedora en España.** M.^a Jesús Alonso Nuez, Carmen Galve Górriz, Vicente Salas Fumás y J. Javier Sánchez Asín.

- 134(I)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. I.** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 134(II)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. II (Anexos).** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 135/2008. **El sindicalismo en España.** Andrew J. Richards.
- 136/2008. **La Genómica de plantas: una oportunidad para España.** Pere Arús y Pere Puigdomènech.
- 137/2008. **Planes y fondos de pensiones: propuestas de reforma.** José Luis Monereo Pérez y Juan Antonio Fernández Bernat.
- 138/2008. **Modelos de desarrollo de centros hospitalarios: tendencias y propuestas.** Óscar Moracho del Río.
- 139/2008. **La frontera de la innovación: la hora de la empresa industrial española.** Emilio Huertas Arribas y Carmen García Olaverri.
- 140/2008. **Propuestas para mejorar la calidad de vida en las ciudades.** María Cifuentes, Rafael Córdoba, Gloria Gómez (coord.), Carlos Hernández Pezzi, Marcos Montes, Raquel Rodríguez, Álvaro Sevilla.
- 141/2008. **La evolución de la productividad en España y el capital humano.** Rafael Doménech.
- 142/2008. **Los sindicatos en España frente a los retos de la globalización y del cambio tecnológico.** Holm-Detlev Köhler.
- 143/2009. **La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales.** Elisa Díaz, Sara Ladra y Néboa Zozaya.
- 144/2009. **Biotecnología para una química verde, respetuosa con el medio ambiente.** José Luis García López.
- 145/2009. **Reinterpretando la rendición de cuentas o *accountability*: diez propuestas para la mejora de la calidad democrática y la eficacia de las políticas públicas en España.** Eduard Jiménez Hernández.
- 146/2009. **Análisis económico de los efectos de la inmigración en el sistema educativo español.** Javier Salinas Jiménez y Daniel Santín González.
- 147/2009. **Seguridad, transparencia y protección de datos: el futuro de un necesario e incierto equilibrio.** José Luis Piñar Mañas.
- 148/2009. **La protección de la discapacidad en el sistema de seguridad social: propuestas de mejora.** Luis Cayo Pérez Bueno y Miguel Ángel Cabra de Luna.
- 149/2009. **El sistema de relaciones sindicales en España: un balance general del marco jurídico y del funcionamiento de la práctica sindical en el sistema social.** Manuel Carlos Palomeque López.
- 150/2009. **El papel del “Derecho” en la crisis. Algunos aspectos de la regulación financiera y de las grandes empresas en su relación con la Economía.** Andrés Recalde Castells.
- 151/2009. **Formación de los comunicadores en la era digital.** Manuel Santiago de Aguilar Gutiérrez y Pedro Soler Rojas.
- 152/2009. **Rescates y reestructuración bancaria: el caso español.** Santiago Fernández de Lis, Daniel Manzano, Emilio Ontiveros y Francisco J. Valero.
- 153/2010. **Cláusulas sociales, libre competencia y contratación pública.** Daniel Martínez Fons
- 154/2009. **Los efectos de los conciertos sobre la eficiencia y la equidad del sistema educativo español.** María Jesús Mancebón Torrubia y Domingo Pérez Ximénez de Embún.
- 155/2009. **Políticas de vivienda en un contexto de exceso de oferta.** Julio Rodríguez López.
- 156/2010. **El modelo de control interno del gasto público estatal. Propuestas de cambio.** Ximena Lazo Vitoria.
- 157/2010. **La flexiseguridad laboral en España.** Fernando Valdés Dal-Ré y Jesús Lahera Forteza.
- 158/2010. **Cuidado parental en la infancia y desigualdad social: un estudio sobre la Encuesta de Empleo del Tiempo en España.** María José González, Marta Domínguez y Pau Baizán.
- 159/2010. **La atención a la dependencia y el empleo.** Ángel Rodríguez Castedo y Antonio Jiménez Lara.
- 160/2010. **La subcontratación empresarial. Hacia un nuevo modelo de regulación.** José Luis Monereo Pérez y Carolina Serrano Falcón.
- 161/2010. **Cambio demográfico y pensiones de la Seguridad Social.** Fidel Ferreras Alonso.
- 162/2010. **La enfermería frente al espejo: mitos y realidades.** Juan F. Hernández Yáñez.
- 163/2010. **Estado autonómico, Unión Europea y mundialización.** Alberto Pérez Calvo.

- 164/2010. **¿Quiénes son y cómo votan los españoles “de izquierdas”?** Guillermo Cordero García e Irene Martín Cortés.
- 165/2010. **Pobreza y privación material en España en el periodo 2004-2008: del auge económico al inicio de la recesión.** Rosa Martínez López.
- 166/2010. **¿Se organiza mejor la derecha que la izquierda? Un estudio de la organización de los partidos de derechas en las democracias occidentales.** Javier Astudillo.
- 167/2010. **Valores y políticas que distinguen a los ciudadanos de derecha de los de izquierda.** Francisco Herreros Vázquez.
- 168/2011. **El significado y el contenido del centro ideológico en España.** Mariano Torcal Oriente.
- 169/2011. **Los excluidos también pueden votar: abstención y exclusión social en España.** Braulio Gómez Fortes y Manuel Trujillo Carmona.
- 170/2011. **Transparencia y acceso a la información pública en España: análisis y propuestas legislativas.** Emilio Guichot Reina.
- 171/2011. **La evaluación de tecnologías sanitarias en España.** Oriol de Solá Morales.
- 172/2011. **Reflexiones sobre la atención primaria de salud.** Antoni Dedeu, Carolina Lapena, Tino Martí, Josep M.^a Monguet y Josep M. Picas.